



HOSPITAL NACIONAL "ARZOBISPO LOAYZA"

**EMERGENCIA**

# UNIVERSALIZAR LA SALUD

---

ALEXANDRO  
SACO



# Universalizar la salud

ALEXANDRO SACO

Colección Todas las Sangres



Universalizar la salud  
© Asociación por la Cultura y Educación Digital, 2020  
© Alejandro Saco, 2020  
Colección Todas las Sangres N° 3

Diseño y diagramación:  
Héctor Huerto Vizcarra  
Diseño de cubierta:  
Gerardo Espinoza Trujillo

Editado por:  
Asociación por la Cultura y Educación Digital  
ACUEDI Ediciones  
Calle Vertiente N° 179 – La Molina  
RUC: 20546738419  
hector@acuedi.org

Primera edición: Marzo 2020  
Tiraje: 1000 ejemplares

Impreso por ACUEDI Ediciones  
Av. Argentina 1656, Cercado de Lima  
Marzo 2020

ISBN: 978-612-48151-6-4  
Hecho el depósito legal en la  
Biblioteca Nacional del Perú N° 2020-03519



# ÍNDICE

El contexto y la perspectiva	7
UNIVERSALIZAR ES OBLIGATORIO Y VIABLE	
Salud: es ahora o nunca	11
Sentido de lo público en salud	15
Salud en el espejo de Ecuador	19
Gobernabilidad en salud	23
Narrativas neoliberales en salud	27
Fútbol y salud para todos	31
Informe de la Comisión de Protección Social	34
Liberar e integrar el acceso a salud	38
El niño, Piura y la salud universal	41
Salud en el presupuesto 2018	44
Entre la privatización o la integración	48
CENTROS DE SALUD Y HOSPITALES	
La hora de los centros de salud	55
Partos en los baños	59
Calidad y realidad en salud	63
Basta de colas	66
¿Qué sucede en nuestros hospitales?	69
SIS vs hospitales: tensión y atención	73
Prioridades redes integradas	77
SIS, reclamos y primer nivel	80
ESSALUD: financiamiento y trato	84
¿Cambios en el SIS y ESSALUD?	87

## AGENDAS Y LUCHAS EN SALUD

Alma Ata: 40 años de salud para todos	93
Cannabis medicinal ahora	96
Alimentación saludable en riesgo	100
VIII Conferencia Nacional de Salud	103
Salud, transporte y discapacidad	106
Francisco y la TBC	109
Medicamentos: monopolio anunciado	112
PPK y los seguros privados	115
A un año del negociazo y nada	118

## MINISTROS Y TRABAJADORES

Carta al ministro de Salud	123
Salinas en el MINSA	127
Pacto sin impacto	130
El Gareca de la salud	133
¿Tómbola ministerial en salud?	136
Personas que atendemos personas	139
Nuevos sueldos y compromisos	143
¿Intrusos en salud?	146

## El contexto y la perspectiva

Reúno en *Universalizar la salud* artículos publicados entre 2017 y 2018 en la columna dominical que mantuve en *Diario UNO*. Si bien todos enfatizan que el sistema de salud funcione y se gestione priorizando la necesidad de cada ciudadano, los he dividido en cuatro secciones.

La primera sección «Universalizar es obligatorio y viable», enfoca la responsabilidad pública y social por garantizar el acceso a salud como tarea histórica pendiente en nuestro país; «Centros de salud y hospitales», identifica a partir de una serie de situaciones y experiencias los nudos de nuestro sistema de salud que afectan a los usuarios de los servicios; «Agendas y luchas en salud», presenta temáticas en las que la sociedad civil ha tenido participación determinante incidiendo en las decisiones de las políticas de salud; y «Ministros y trabajadores», da cuenta de las expectativas que cada conductor del MINSA ha generado y dirige críticas constructivas hacia las gestiones, así como analiza temas prioritarios en relación a la función de los trabajadores de salud.

Son textos centrados en el funcionamiento del sistema de salud, sus limitaciones y lógicas que nuestra sociedad ha asumido en relación al acceso a salud: diferenciado, precario, poco participativo, lo que en muchos casos hace que la normatividad y la burocracia constituyan barreras antes que garantías de atención.

A pesar de esas constataciones y de los sentidos comunes arraigados en el funcionamiento del sistema de salud, al momento de escribirlos y hoy con más énfasis luego de dos años en la gestión pública, sostengo que la universalización de la salud es viable y urgente. Para avanzar en ese objetivo es necesario hacer

ajustes y reorientaciones de fondo tanto en la gestión, la organización territorial, la sostenibilidad financiera y la relación de los trabajadores con la población. Si bien se requiere una progresividad planificada, es claro que con los actuales recursos ordenados y gestionados adecuadamente, es posible avanzar para satisfacer de mejor modo las necesidades en salud.

El derecho a la salud es absoluto, todos los factores que lo alteren o restrinjan deben ser enfrentados sean intereses comerciales, corporativos o de otra índole. Es buena hora contamos en el país con una comunidad de la salud que ha asumido luego de años de discusiones y tensiones, que la universalidad y el derecho son parte de la igualdad en el acceso, la integralidad en la atención y la solidaridad financiera necesarias para transitar hacia un sistema que no diferencie a los peruanos y peruanas.

Es responsabilidad del sector público ser eficaz y eficiente, pero asimismo impulsar y decidir medidas que reviertan exclusiones a las que nos hemos acostumbrado. Aspirar a un sistema abierto en el que la condición de ser humano sea la única que prime para la respuesta del sistema de salud no es inviable, es una obligación a la que como país debemos responder. Hay pasos relevantes en ese sentido que hay que seguir fortaleciendo y profundizando.

Quiero agradecer a Paco Moreno *el cangallino*, editor de *Diario UNO* dirigido por César Lévano en el periodo en que se publicaron estos textos, por considerar que la salud pública y el derecho a la salud son parte del debate público. Y a cada una de las personas con las que hemos compartido la lucha por la salud en calles, instituciones, espacios, medios de comunicación y debates.

Marzo, 2020.

**Universalizar es  
obligatorio y viable**



## Salud: es ahora o nunca



La crítica situación de la salud en el país la conocemos. Las deficiencias, brechas y limitaciones están identificadas; pero no podemos seguir en una dinámica en la que las huelgas son las que encienden los radares. La comunidad de la salud nacional necesita tomar la iniciativa necesaria para generar los cambios sostenibles en pro de la gente.

Sintetizando, nos enfrentamos a dos tipos de problemas: los estructurales, que implican acceso, financiamiento, organización, formación profesional; y los relacionados a la gestión de la atención y la relación de los establecimientos con la población. Los primeros requieren un impulso político relevante para generar condiciones distintas y progresivas; los segundos liderazgo, replica, apertura y participación ciudadana.

En relación a los problemas estructurales se requiere definir cuáles serán las fuentes de financiamiento y su origen para al menos llegar a la recomendación de la OPS del 6% del PBI como presupuesto público. Hoy el MINSA llega a 2.2% y ESSALUD a 1.7%. ¿Cuál es la capacidad y el compromiso relacionado a la recaudación tributaria? ¿Contribuirán al SIS aquellos que tengan ingresos superiores a 2,000 soles mensuales? ¿ESSALUD recuperará algunos de sus recortes o el Estado inyectará financiamiento?

¿Vamos a persistir en la demostración de pobreza/vulnerabilidad en el SIS? Teniendo en cuenta lo costoso de la focalización encargada al MIDIS vía las Unidades Locales de Focalización en más de 1,800 municipalidades del país. Mantener esta lógica en realidad es un sobre costo para el sistema. ¿Va a continuar al SIS siendo sólo un pagador? O de una vez el SIS, hospitales y redes trabajan en conjunto para atender de manera eficiente a la población.

¿Vamos a mantener inalterada una descentralización en salud que en la práctica ha conformado 26 MINI-MINSAS? O comenzamos a identificar qué competencias deben permanecer en el nivel central como las compras de medicamentos, equipamiento y la construcción de infraestructura. ¿Vamos a seguir veinte años más con un ESSALUD y un MINSA sin generar intercambios en beneficio de los ciudadanos? O nos atrevemos a una integración funcional puntual que inicie por el primer nivel, emergencias y algunas atenciones de alto costo.

En relación a los problemas de la atención y gestión de los servicios, ¿vamos a seguir aceptando un sistema de salud incapaz de informatizar sus procesos, referencias e ingresos hospitalarios? O nos atrevemos a introducir sistemas y aplicativos eficaces en todos los servicios de salud de, al menos, las ciudades capitales de cada región para comenzar. ¿Vamos a continuar sin



una gestión pública en salud que deriva en que cada director de hospital hace lo que buenamente puede? O vamos a incorporar en la Escuela Nacional de Salud Pública alcances de gestión hospitalaria y de redes de servicios.

Y sobre los trabajadores de la salud, cuya brecha asciende teniendo en cuenta la demanda actual de atención a 70 mil profesionales —de los cuales 16 mil son médicos—, ¿vamos a seguir creyendo que el mercado formará los perfiles profesionales que requerimos como país? O nos vamos a atrever a regular la formación privada, pero sobre todo a impulsar decididamente formación pública con la creación de nuevas facultades regionales de ciencias de la salud.

En suma, ¿vamos a seguir caminando en círculos levantando la ceja cada vez que hay huelga o cuando hay un caso de corrupción de escándalo? O de una vez la comunidad de salud del país que incluye a la sociedad civil, profesionales, exgestores, funcionarios en ejercicio y organizaciones sociales, es capaz de poner por delante a cada ciudadano que demanda atención. El instrumento existe y es el Acuerdo Nacional en Salud suscrito en agosto de 2015. . Las políticas y orientaciones no hay que inventarlas, la experiencia comparada es de gran utilidad.

Pero sobre todo es hora de atender, mirar y recoger las diversas experiencias exitosas de gestión y de atención que en el país existen en los niveles locales, pero también en algunos hospitales. Y es que hay muchos trabajadores que a pesar de las limitaciones objetivas han ideado acciones que han permitido mejorar la atención de la gente. Me consta, lo he visto en diversas regiones del país, en el Reconocimiento Anual a la Calidad en la Atención que organizaba el MINSA y en otras experiencias. Pero, a tanto ha llegado la desorientación que ya no contamos con

una Dirección de Calidad, con lo que se deja de tener este reconocimiento que congregaba a cientos de gestores de todo el país.

Así estamos a la fecha, incapaces como país de generar un punto de quiebre en las políticas de la salud. Depende de la capacidad que tengamos para, más allá de las huelgas y escándalos, impulsar una corriente reformista que ponga como único fin y eje a cada peruano y peruana. Conformar el sistema de salud que como país merecemos nos tomará al menos 20 años. Cada día que pasa afecta la salud y la vida de un ser humano.

Julio, 2017

## Sentido de lo público en salud



Uno de los ejes para enfrentar los problemas en salud, es la recuperación del sentido de lo público, entendiéndolo como el espacio y punto de encuentro de la sociedad con los alcances y respuesta del Estado. Es decir, nuestro sistema público de salud, conformado básicamente por MINSA/SIS, ESSALUD, sanidades de las FFAA y FFPP, debe garantizar igualdad de condiciones y desmontar las barreras de acceso generadas y fortalecidas en el último cuarto de siglo; debe permitir a la gente acudir a su centro de salud y saber que la van a atender sin inundarla de trámites.

En salud el sentido de la labor pública se ha debilitado por:

- 1) la diferenciación y condicionalidad para el acceso a las atenciones de salud expresada en pobres/vulnerables y trabajadores/formales; 2) las restricciones establecidas una vez logrado el acceso

nominal de asegurado; 3) la influencia en los servicios de salud de intereses corruptos y corporativos; 4) el crecimiento y penetración desregulada de lo privado en el sistema público de salud.

Ello se expresa en que nuestro sistema público de salud aún mantiene la diferenciación para acceder a ESSALUD vía el trabajo formal, y en el SIS vía la demostración de pobreza o vulnerabilidad. Si bien el acceso a ESSALUD resulta directo derivado de la relación laboral formal, el acceso al SIS es condicionado a una demostración personal y familiar de la pobreza (en la que intervienen los municipios y el MIDIS). Esta evaluación está destinada al fracaso, pero lo que es peor, el estar vigente excluye a cientos de miles de personas de atenciones.

Se expresa también en restricciones absurdas derivadas de exigencias exageradas en los trámites, o en las dificultades en ESSALUD para lograr asegurar a los convivientes como derecho-habientes, por citar dos casos de muchos otros. O que debido a los enrevesados trámites administrativos entre el SIS y los hospitales, los afectados sean los pacientes ya que a los trabajadores les demanda mucho tiempo y complicaciones llenar correctamente los formatos de atención para el reconocimiento de la cobertura SIS.

Pero también, el sentido de lo público se debilita afectando a la gente cuando intereses corruptos se apropian de espacios para orientar el poco financiamiento que los servicios tienen. Las modalidades están identificadas en compras de insumos, medicamentos, derivación a clínicas y/o comisiones por captar pacientes para procedimientos. Y se expresan también en la resistencia a todo cambio en la gestión y lógica del funcionamiento de los servicios de salud. Colocar a la gente como objetivo del sistema suena bien, pero requiere enfrentar el corporativismo.

Y en ese escenario, al que se suma la precariedad financiera, la debilidad de gestión pública en salud y las limitaciones que vienen de décadas, la gente busca atención privada porque la logra más rápido así sea de mala calidad, dentro del propio hospital, al frente o en la farmacia. Y como el Estado y sus gobiernos no tienen la voluntad y/o la fuerza para poner las cosas en orden, se opta por formas de privatización desreguladas, que extraen grandes flujos de dinero como las APP en ESSALUD o la contratación de clínicas sin una regulación idónea como hizo el SIS.

El sentido de lo público implica igualdad. Nadie puede imaginar un país en el que se niegue o restrinja la matrícula escolar a un niño por ser menos pobre que otro; pero en salud se niega acceso al SIS por eso. Nadie puede imaginar colegios para hijos de asegurados a ESSALUD porque sus padres trabajan en planilla y colegios para hijos de afiliados al SIS porque son pobres y se les da una educación no integral. Eso sucede en salud. Si bien el camino a una integración tiene aristas y no es necesario que sea total, lo que no se debe mantener es la diferencia en la respuesta pública.

¿Cómo avanzar en una respuesta pública que recupere el sentido de su labor? Abriendo el sistema, lo que requiere además de medidas legales y operativas, superar la lógica de diferenciación y de barreras de acceso sustentadas en «dirigir los pocos recursos a los más pobres». Esa frase logra lo contrario a lo que dice buscar, porque las barreras y los sistemas de identificación excluyentes complican más la gestión y son altamente costosos.

Abrir el sistema pasa porque la comunidad encuentre en su establecimiento de salud local, para comenzar, toda la facilidad así sea pobre, no pobre, trabajador en planilla o informal. Las distinciones en salud son discriminación. Hoy son laborales

y de ingresos, antes eran por cuestiones étnicas pero son lo mismo, justificaciones del sistema para «ahorrar» recursos.

La historia de los sistemas de salud demuestra algo: no hay posibilidad de avanzar en una salud universal basando el alcance del sistema en desigualdades en la atención por categorías sociales. Los países deciden dar salud por igual a todos y ordenan sus servicios y políticas para cumplir esa obligación.

Julio, 2017

# Salud en el espejo de Ecuador

Editorial



## La reforma en salud del Ecuador

*Verónica Espinosa<sup>1</sup>,  
Cecilia Acuña<sup>2</sup>,  
Daniel de la Torre<sup>1</sup>,  
Gina Tambini<sup>2</sup>*

### Forma de citar

Espinosa V, Acuña C, De la Torre D, Tambini G. La reforma en salud del Ecuador. Rev Panam Salud Publica. 2017;41:e96.

Para comprender el proceso de reforma del sector salud en el Ecuador, es necesario partir del marco normativo e ideológico sobre el cual se basa la transformación sanitaria de la última década.

A partir del año 2008 Ecuador reconoce en su Constitución el derecho a la salud con una visión sistémica, vinculándolo con el ejercicio de otros derechos. La Carta Magna del 2008 establece al Estado como garante del derecho a la salud a través de la formulación de políticas, planes y programas orientados a brindar acceso a servicios de promoción y atención integral bajo los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (1). De este modo, el mandato constitucional determina la necesidad de iniciar el proceso de reforma y define el ámbito en el cual se conduciría dicho proceso para lograr que el Estado cumpla con las nuevas obligaciones establecidas en la Constitución.

Ello requirió en primer lugar de la construcción de un nuevo modelo de atención ya no centrado en la enfermedad o en la prestación de servicios curativos, sino en las personas, sus familias, sus comunidades y sus necesidades de salud, con una perspectiva de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) (2) se constituyó en un eje orientador de la reforma del sector y en un pilar de la reorganización institucional del sistema público de salud, aun cuando su implementación en el nivel local ha resultado más compleja de lo esperado y a la fecha no se ha completado.

En la frontera norte del país es frecuente escuchar el contraste experimentado por los peruanos que se han atendido en el sistema público de Ecuador. No interesa si eres o no ecuatoriano, el servicio es gratuito, la infraestructura renovada, el equipamiento funciona y hay personal de salud. No sin críticas y contradicciones, en Ecuador en la última década se ha dado un impulso necesario para elevar y abrir las condiciones de atención en salud.

Algunos datos recogidos en la edición especial sobre Ecuador de la Revista Panamericana de la Salud de la OPS: inversión de \$16,208 millones de dólares en infraestructura y equipamiento de 2007 a 2016. En el Perú, para el mismo periodo, la inversión estuvo alrededor de la cuarta parte de ese monto.

Además, se debe tener en cuenta que Ecuador tiene la mitad de la población del Perú.

Asimismo, desarrollaron una reorganización de los servicios de salud sobre la base del territorio y la población, redefiniéndose la categoría de los establecimientos con una clara cartera de servicios en los tres niveles. En el Perú, la propuesta de Redes Integradas aún no entra en operatividad, por lo que los establecimientos no piensan su función con una adecuada lógica territorio/población/servicios.

Al redefinirse los roles del Ministerio de Salud se crearon en Ecuador el Viceministerio de Gobernanza de la Salud Pública y el de Atención Integral de la Salud. Mientras que en el Perú se crearon los de Salud Pública y el de Prestaciones y Aseguramiento. Por ejemplo, el Vice Ministerio de Gobernanza de la Salud Pública ha logrado establecer un marco regulatorio para todo producto de consumo humano desde una agencia central llamada ACRSA; mientras que en el Perú la regulación de alimentos y productos de consumo humano, no cuenta con una centralización o funciones bien determinadas que la fortalezca.

En relación a la concepción de los servicios el contraste es marcado, mientras Ecuador entiende la respuesta del sistema público como una atención completa con un Vice Ministerio de Atención Integral de Salud, en el Perú con el Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento se sigue priorizando la prestación, que es sólo un campo de la atención, y el aseguramiento como mecanismo nominal de afiliación, que en sí mismo genera limitaciones para la gestión territorial y en ciertos casos dificulta la efectividad de la atención.

En el Perú el SIS debe «negociar» tarifas cada año con los hospitales y regiones, o con los grupos que se aprovechan del poder que han logrado en los hospitales. En Ecuador se ha establecido el



Tarifario Nacional de Prestaciones para la compra de servicios entre el sistema público, que además establece las tarifas obligatorias que el sistema privado debe cobrar si es contratado por el Estado. Es decir, se limita mucho el margen a la negociación que puede generar favorecimientos y costos inflados, y el sistema privado no puede negar determinadas atenciones.

Para el retorno de profesionales se ha creado el programa «Ecuador saludable por ti vuelvo», con incentivos económicos que permitan su reincorporación laboral y social. Asimismo, se ha creado la carrera de Técnico de Atención Primaria de la Salud que permite contar con un gran número de trabajadores dedicados a este campo de la atención. Y también se ha establecido el puesto de gerente de hospital, lo que permite liberar el campo de la gestión de las influencias de intereses profesionales.

Producto de estas y otras estrategias en Ecuador, en los últimos diez años se triplicó el número de profesionales contratados por el Ministerio, y oiga bien lo que viene: se cuadruplicó el salario promedio de los trabajadores de la salud que hoy se encuentra en un rango que va desde \$1,670 dólares a \$4,000 dólares mensuales, incluidos bonos.

¿Y cómo se hace? La clave de este proceso de transformación tiene dos componentes: la voluntad política al más alto nivel y la capacidad de los equipos que vienen llevando adelante el proceso. Brindar una atención gratuita en todo el sistema es un reto impostergable, que seguramente elevará la demanda de atenciones de salud considerablemente, obligando al sistema a adecuar sus funciones, alcances organización y gestión.

Si bien existe una crítica desde distintas organizaciones ecuatorianas e internacionales al proceso de reforma debido al traslado de dinero público al sistema privado, la muy limitada participación social y el talante autoritario de la política de Correa, así

como la persistencia de fragmentación ya que el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social no se ha integrado aún a la red pública, en el Perú es necesario analizar los cambios producidos en Ecuador en el acceso a salud.

El espejo ecuatoriano obliga a contar con una proyección de al menos veinte años para comprometer y garantizar el cierre de brechas en un horizonte de derecho universal. Esto permitirá salir de mitos sobre la gratuidad de la atención y la igualdad en el acceso, así como establecer políticas y programas bien sustentados que enfrenten los intereses privados, corporativos y corruptos.

Julio, 2017

# Gobernabilidad en salud



Lograr gobernabilidad es un sentido común en el ámbito nacional. Sin embargo, para que ésta se pueda dar se requiere contar con gobernabilidades en los sectores que mayores dinámicas e intereses colectivos albergan, como sucede en salud. Los sucesivos gobiernos no han entendido ni los procesos ni a los actores que se desarrollan y/o influyen en el sistema de salud.

La gobernabilidad en salud tiene aspectos clave: 1) Relación del MINSA con Gobiernos Regionales y Direcciones Regionales de Salud; 2) Capacidad del SIS de gestionar la protección en salud a favor de la población; 3) Interacción con los gremios de trabajadores de salud; 4) Capacidad del ejercicio rector y de coordinación con ESSALUD; 5) Reconocimiento y orientación a las capacidades de los funcionarios del MINSA; 6) Coordinación

con las organizaciones de la sociedad civil; 7) Manejo de la salud en Lima; 8) Regulación y defensa de lo público frente a los intereses privados.

El proceso de descentralización entregó más de 100 competencias a los gobiernos regionales, de las cuales la mayoría no cumple sus objetivos, llegándose a un punto en el que su revisión y reorientación es urgente. Durante la gestión del ministro Oscar Ugarte, se conformó la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), que reúne a directores regionales de salud, directores generales y de organismos adscritos al MINSA. En sus reuniones trimestrales la CIGS logró orientar prioridades en los últimos años. Mientras no haya otra alternativa institucional este espacio debe reactivarse.

La gestión de la ministra García se basó en el mito de que todo lo anterior fue un desastre y corrupción, cosa que por absoluta resulta falsa. Y como nada de bueno podía haber, se tumbó la estructura orgánica del ROF – MINSA, vigente desde febrero de 2016, aprobando un nuevo ROF en marzo de 2017 sin la menor evaluación ni criterios técnicos ni programáticos. La estructura orgánica actual no responde a una política nacional de salud, por lo que deberá ser dejada de lado pronto.

En relación a la gobernabilidad y el SIS, a casi un año del escándalo Moreno que evidenció una serie de aspectos a reformar, esta institución no ha desarrollado los cambios esperados para el mejor uso de sus recursos; lo que preocupa más ahora que el SIS va a tener el mayor prepuesto de su historia con 2,200 millones el 2018. El manejo de ese financiamiento debe orientar a los prestadores hacia la priorización de las atenciones y necesidades de salud. Esto implica desburocratizar y facilitar el acceso, así como un sinceramiento para que todo el dinero del SIS vaya a la atención, mientras el MINSA cubre lo que hoy se destina a

gastos corrientes de los establecimientos con recursos del SIS. No se deben repetir como el año pasado las tensiones entre el SIS y los hospitales.

ESSALUD es una isla, mantiene una cultura organizacional basada en evitar su involucramiento en el sistema nacional de salud del cual el MINSA es rector y conductor. Ningún gobierno ha logrado pasos integradores, ya que eso requiere apoyo del más alto nivel, no para que el MINSA se apropie de los recursos de ESSALUD, sino para que se avance a una integración operativa a favor de cada ser humano sea del SIS o ESSALUD, a los que se debe atender más y mejor utilizando ambas capacidades. Hace 8 años se busca hacerlo vía el llamado Intercambio Prestacional, que pronto lanzará un nuevo reglamento. Se necesita dejar de su-peditar la salud al trámite administrativo, y eso pasa por decisión operativa con apoyo político en lógica de redes de atención.

A pesar de que contamos con la ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, que crea el Consejo Nacional de Salud, los regionales, provinciales y locales, estos no han despegado: a) La representación es mayoritariamente de las entidades del Estado; b) Sus acuerdos no son vinculantes y dependen de la voluntad de los ministros o directores regionales; c) La ley y su reglamento no establecen la articulación entre los niveles nacional, regional y local.

A pesar de ello esta estructura debe potenciarse para ser el espacio compartido desde los distintos actores en la construcción de la salud. Se requiere ampliar su representación e incorporar mecanismos de cumplimiento de sus acuerdos, siendo el ámbito local distrital el llamado a generar toda una dinámica social territorial en salud.

Por su parte, mientras Lima no cuente con una Autoridad de Salud, la desorganización de sus servicios, redes y acciones de

salud colectiva persistirá. La Municipalidad de Lima, que debería asumir esta tarea, no tiene la capacidad de hacerlo. Lima, sus dinámicas, corredores demográficos y epidemiológicos, no serán eficazmente conducidos desde una Dirección de Operaciones en el MINSA. Una urbe de 10 millones de habitantes sin Autoridad de Salud es lo que vemos: hospitales saturados, primer nivel descuidado, ausencia redes funcionales y limitadas políticas de prevención y promoción.

La rectoría es una atribución y función nacional del MINSA y la gobernabilidad sectorial pasa por su desarrollo; una está ligada a otra. Sin gobernabilidad sectorial la rectoría se diluye como ahora; sin rectoría no habrá gobernabilidad. Si bien el responsable principal es el Ministro de Salud y sus equipos, todos los actores tenemos un rol que cumplir ahora.

Julio, 2017

## Narrativas neoliberales en salud



Los campos de disputa para avanzar hacia derechos y libertades no se limitan a medidas financieras, programáticas, de organización u operativas. Transformar la realidad de los sistemas públicos requiere afirmar una narrativa universalista, igualitaria y desmontar sentidos comunes impregnados en los últimos veinticinco años, que han fortalecido la segmentación social y las políticas pro pobres, buscando evadir que la responsabilidad pública es para todos.

Si bien el SIS inició siendo un programa dirigido a la pobreza extrema, luego avanzó en financiamiento y atenciones incorporando a más población, llegando en julio de 2016 a afiliar a 17 millones de peruanos. La magnitud de su avance lo convirtió en la práctica en el otro gran seguro público de salud.

Una conjunción de hechos en el gobierno de Humala permitió este avance que no fue del agrado de cierta tecnocracia, que hoy ha vuelto a la carga para debilitarlo.

Con 17 millones de afiliados era evidente que el SIS había logrado incorporar a buena parte de la población «no pobre» monetariamente, pero «vulnerable», al inicio de una protección financiera pública en salud. Algunos se refieren a la población que monetariamente supera la pobreza como vulnerable, pero lo cierto es que el 99% de la población es altamente vulnerable frente a una necesidad de salud. ¿Cuántos peruanos pueden pagar un tratamiento crónico o de cáncer que llega a 5 mil, 10 mil o 15 mil soles mensuales?

No hay país en el mundo que haya avanzado en salud manteniendo un seguro para pobres, porque un seguro para pobres siempre será un pobre seguro. Lo que hay que desmontar es la narrativa que pretende impedir el avance del SIS, usando como excusa «filtraciones», temas administrativos o de corrupción. Todos los peruanos que están en el SIS deben permanecer, y los 5 millones que no cuentan con seguro público deben ser afiliados al SIS automáticamente. Ese es el paso para salir de la trampa de la evaluación socioeconómica y comenzar a trabajar para que el sistema en conjunto responda a la necesidad de todos en salud.

Una de las mayores barreras para universalizar la salud es la resistencia de empresarios, trabajadores y asegurados de ES-SALUD, que se basa en que siendo el aporte producto del trabajo en planilla, eso los aísla de la responsabilidad pública en salud. Veamos.

De los casi 10 millones de asegurados, 5 millones son aportantes y los otros 5 sus hijos o cónyuges. De los 5 millones de aportantes, casi 2 millones son trabajadores del sector público, cuyos sueldos se financian con los impuestos de todos. En el caso



de los 3 millones de trabajadores privados, sus aportes se financian con los ingresos de las empresas que venden en el mercado bienes y servicios a todos los peruanos. No sólo los asegurados que trabajan en empresas privadas compran y destinan su dinero a productos de esas empresas; el mercado es abierto, todos compramos esos productos. Entonces, sea desde el trabajo público o desde el privado, como sociedad financiamos directa o indirectamente el aporte a ESSALUD.

Algunos sectores empresariales sostienen que como las empresas financian ESSALUD ellas serían sus dueñas. Si fuera así, las empresas europeas serían las dueñas de sus sistemas de salud. Absurdo. Por el lado de los asegurados, se ha incorporado el sentido común de apropiación de ESSALUD basado en «yo pago y no tengo porque compartir con quienes no aportan». Si la diferencia se sostuviera en el aporte como concepto cerrado, los asegurados que aportan 90 soles por ganar 1,000 soles, deberían recibir una atención 3 veces menor que los que aportan 270 porque ganan 3,000, o 5 veces menor que los que aportan 450 porque ganan 5,000. La igualdad en la respuesta a pesar de la diferencia de aportes se llama solidaridad, y es un principio que no solo debe cumplirse al interior de ESSALUD, sino en todo el sistema de salud del cual ESSALUD es parte.

Por eso, es necesario desmontar narrativas construidas hábilmente desde «la priorización a los pobres», lógica que se ha convertido en un tótem al que no se cuestiona. Esto en la práctica lleva a desatender a millones de peruanos y a mantener un asistencialismo estatal diferenciador, que hace que millones deban demostrar constantemente su pobreza para lograr atenciones de salud.

Las políticas públicas son universales. Si no lo son fortalecen las diferencias y debilitan la obligación de contar con sistemas

de salud efectivos. Hay que quebrar el tabú que impide abrir los sistemas públicos a toda la población: espacios en los que todos seamos tratados por igual y no por nuestros ingresos. Tumbare el tótem de la pobreza para acceder a salud y desmontar el tabú de sistemas solo para pobres, es indispensable para orientar el conjunto de recursos hacia toda la población.

Agosto, 2017

# Fútbol y salud para todos



El fútbol nos recuerda el sentido de lo universal, de lo que todos podemos gozar o acceder porque somos seres humanos. Y así como en este deporte las diferencias se borran a la hora de disfrutarlo o jugarlo, hay aspectos que las sociedades asumen como parte de algo común, algo que se construye y se entrega a todos los miembros de una colectividad sin condición ni distinción.

Son pocos, pero son básicos los derechos que las sociedades vía el Estado, su organización y sus instituciones están obligados a universalizar: la salud es uno de ellos. Pero en realidades como la nuestra, en la que el primer hospital (San Andrés, 1552) fue de acceso exclusivo para españoles, el segundo (Santa Ana, 1557) de acceso solo para «indios» y el tercero (San Bartolomé, 1646) para los «morenos libertos», hemos crecido asumiendo que las diferencias en salud son naturales.

Y lo más triste es que hemos sofisticado la diferencia para seguir relativizando y excluyendo el acceso a salud. El siglo pasado, en 1936, se creó el Seguro Social Obrero y en 1948 el Seguro del Empleado; de ahí los nombres antiguos del Almenara y del Rebagliati. En uno se atendían los obreros y en otros los empleados. En la década del setenta se unificaron ambos seguros y se creó el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS hoy ESSALUD), pero la tarea de universalizar el acceso quedó trunca ya que el seguro social está atado al trabajo en planilla que es minoritario en el país.

Y así hemos llegado al primer cuarto del siglo XXI, con un SIS que en quince años ha dejado de ser un seguro solo para pobres, pero que no puede desprenderse de su falla de origen y sigue siendo administrado, gestionado y financiado para ciudadanos con menos derechos que los asegurados a ESSALUD. Entre ambos seguros suman 26 millones de asegurados, pero casi nada se hace con los más de 6 millones de peruanos que no cuentan con ninguna protección pública en salud.

¿Alguien imagina a un neozelandés al que se le niegue la atención o tratamiento en un hospital porque no es pobre, o que reciba menos cobertura que otro neozelandés porque no trabaja en una empresa formal? Imposible. Por algo Nueva Zelanda es lo que es y mantiene indicadores de salud o educación entre los más altos del mundo. Porque en su momento entendió, como todos los países que han avanzado, que no hay manera de universalizar la salud sobre la base de la diferencia o del condicionamiento.

Ahora que el fútbol nos une como ninguna otra situación, eso debe servir para preguntarnos por el origen y la persistencia normalizada de las diferencias. Es necesario desandar situaciones y políticas que parecen normales, pero que son base y sustento del enredo y desatención que debemos enfrentar. Si

tuviéramos un sistema abierto solo eso nos ahorraría el enorme gasto burocrático de «identificación y evaluación de los pobres». Dicho de otro modo, el Sistema de Focalización de Hogares (SIS-FOH) en salud no sirve, y genera barreras de acceso a la atención.

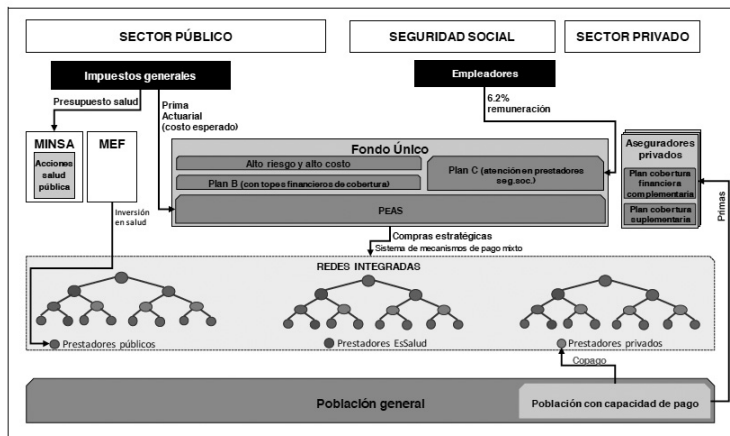
Pero el asunto no es solo operativo o de líneas de trabajo estatal, es sobre todo y principalmente parte de la mentalidad colectiva. Hay que quebrar la idea colonial de que el Estado debe brindar grados de respuesta o protección diferenciados. Se aducirá que es un tema de falta de recursos y de que debemos preocuparnos de «los más pobres»; pero resulta que hace 25 años estamos aplicando esos criterios y creencias sin que haya perspectiva de un sistema eficiente. Y con este esquema nunca lo habrá.

La lección del goce universal, indistinto, igualitario, integrador que el fútbol presenta a nuestra sociedad, puede aprovecharse políticamente, no para sostener que son los mejores los que llegan alto, sino al contrario, para afirmar que todos y cada uno de nosotros somos como esos muchachos y que provengan de donde vengan ellos o nosotros, como peruanos tenemos los mismos derechos. No hay otro camino que la igualdad en salud abriendo el sistema y ordenándolo para que todos juguemos en la misma cancha.

Octubre, 2017

# Informe de la Comisión de Protección Social

## Flujo de financiamiento propuesto: periodo de la transición



Elaboración: Comisión de Protección Social

El 13 de enero de 2017 el MEF crea la «Comisión de Protección Social» a la que le encarga temas pensionarios y «Planear reformas económicas para financiar la cobertura universal de aseguramiento de salud». Esta Comisión fue integrada por personas ligadas a la academia y funcionarios del MEF. Su informe ya ha sido entregado a Fernando Zavala en su calidad de ministro de Economía.

Organizaciones ciudadanas y políticas solicitaron formalmente conocer, aportar y discutir las propuestas que se venían elaborando pero no hubo respuesta. Sin embargo, la Comisión sí se ha reunido con otros interlocutores. Debido a la relevancia que implica una propuesta sobre financiamiento y protección en

salud, es obligación política de Fernando Zavala hacer público el informe.

En salud se ha filtrado en medios los ejes de la propuesta: 1) Reducción del aporte a ESSALUD de 9% a 5% de la remuneración; 2) Universalización del plan básico de atención en salud (PEAS) a todos; 3) Integración de las redes prestadoras MINSA y ESSALUD; 4) Aglutinación del aporte recortado a ESSALUD y del fondo SIS en un solo fondo; 5) Oferta de planes complementarios para lo no comprendido en el PEAS, que es lo más costoso.

El supuesto es que la vinculación del seguro de salud a la formalidad laboral impide avanzar en la protección de salud, y que el SIS al ser subsidiado desincentiva la formalización. Por eso, mejor dar a todos un plan reducido, sincerando la situación. En ese esquema la reducción del aporte a ESSALUD (alrededor de 5,000 millones de sus 10,000), derivaría en que ese dinero ingrese a la economía generando inversión, empleo, consumo y así mayor recaudación en impuestos, lo que permitiría al Estado cubrir el descuento y colocar más dinero en salud. Lógica que ha fracasado cada vez que se ha planteado en otros campos.

Teniendo en cuenta el limitado financiamiento de la salud el 2016 con 13,700 millones MINSA/SIS (2.3% del PBI) y 10,000 millones ESSALUD (1.7% del PBI), lo que suma 4%, así como las brechas de 60,000 mil millones de soles en infraestructura, 15,000 en equipamiento, formación de 70,000 profesionales de la salud, inversión en investigación y otros aspectos, es claro que lo que corresponde es proteger y mantener las fuentes de financiamiento vigentes. En este caso, el flujo de más de 10,000 millones anuales de ESSALUD. Resulta muy arriesgado proponer reducir el 9% liberando de su obligación a empresas y al Estado, que además ya incumplen el aporte en varios casos.

Sobre la universalización del PEAS, es necesario enfatizar que la obligación de brindarlo está vigente. En el caso de ESSALUD, se ha armado un enredo porque las EPS que cubren la capa simple a casi un millón de asegurados cuestionan la cobertura del PEAS a la que están obligados. En el caso del SIS, está integrado en la cobertura prestacional que se reconoce a sus asegurados a la que se añade algo de atención preventiva, Plan Complementario y una lista de enfermedades de Alto Costo.

Lo que corresponde es extender a los casi 5 millones de peruanos que no cuentan con seguro público, la protección pública en salud. Eso se puede lograr vía Decreto de Urgencia que afilie a toda la población que no cuenta con ningún seguro al SIS. Así se liberaría el Estado de la desgastante, discriminadora, mal llevada y costosa categorización que hoy afecta a millones de peruanos que deben acudir a las Unidades Locales de Evaluación (ULE) municipales que derivan la información al MIDIS, para «acreditar» su pobreza.

La propuesta de la Comisión, que solo reconoce el PEAS como obligatorio para todos, afectaría directamente los derechos adquiridos por asegurados al SIS y a ESSALUD, ya que en ambos casos la cobertura es muy superior al plan básico. Es cierto que existen limitaciones objetivas para garantizarlo pero el mandato es legal. Lo contradictorio es que puede darse un tipo de universalización hacia abajo generando la necesidad de ofertar Planes Complementarios para lo más costoso, tanto desde el sistema público como desde el privado, distorsionando irreversiblemente el sentido de la atención integral como responsabilidad pública.

La integración de las redes MINSA/ESSALUD es necesaria para conjugar población/territorio/atención/financiamiento. El Intercambio Prestacional vigente desde el 2009 con la Ley Marco de Aseguramiento y reforzado en los Decretos Legislativos de



2013, simplemente no funciona. Se han invertido incalculables horas de trabajo para que SIS y ESSALUD se pongan de acuerdo en costos y temas administrativos casi sin resultados, ya que ni ellos conocen sus reales costos y la gestión no aligera procesos. Una alternativa es el pago por diagnóstico relacionado, que engloba atención y procedimientos por resultado. Otra podría ser la integración de redes.

La aglutinación de los fondos SIS/MINSA y el de ESSALUD en uno solo, con capacidad de direccionar el gasto y orientar la gestión de la atención pública, es el horizonte indicado. Ello requiere pasos bien definidos: el no recorte de derechos, la garantía de acceso libre y el compromiso nacional incrementar los recursos públicos contributivos y fiscales para salud de forma sostenida. La lógica de la universalización es la igualdad con equidad desde la responsabilidad pública. Las medidas que se planteen deben estar en ese marco.

Agosto, 2017

# Liberar e integrar el acceso a salud



La salud aparece en la agenda pública cuando se produce un escándalo relacionado a la corrupción o a la mala práctica. Se genera una ventana de oportunidad para debatir los temas de fondo, pero en pocos días se diluye. Los tres últimos momentos: agosto de 2016 con la amputación de las extremidades de Shirley Meléndez en el Almenara; octubre de 2016 el caso Moreno del Hospital Loayza y el SIS; septiembre de 2017 con la muerte de la madre de Ana Jara en el Rebagliati de ESSALUD.

En esas coyunturas queda claro que el sistema de salud y el acceso a las atenciones de la forma en que están planteadas no dan para más, que se requiere una reforma profunda de los ejes que sostienen el desarrollo de la salud, y que eso se logrará

con decisiones políticas y financieras sostenidas. Los argumentos en contra de esos cambios provienen de los extremos: el que sostiene que el sistema no puede mejorar mientras no se cambie todo el modelo y el que afirma que no podemos aspirar a cambios profundos porque no somos Finlandia ni contamos con recursos para ello.

Ambas posiciones son falsas. Los avances en la universalidad de la atención como responsabilidad pública se vienen dando en países muy distintos, cuentan con evidencia y comprobaciones como lo que viene sucediendo en Uruguay, Turquía, Ecuador, Sri Lanka o Tailandia. Cada proceso con sus particularidades, pero aplicando el eje que permite desencadenar la universalización: dar a todos los ciudadanos exactamente el mismo derecho a la atención, sin diferencia por condición laboral, social o económica. En algunos casos, la cobertura prestacional en un inicio abarca más que en otros, pero es necesario que prime la igualdad ciudadana y la progresividad obligatoria.

Mientras que en sistemas como el peruano, mexicano, colombiano o chileno, al mantenerse dos formas de acceso diferenciadas —la relacionada al trabajo formal (ESSALUD) y la relacionada a la «vulnerabilidad» (SIS)—, se hace inviable avanzar en una efectiva universalización. Es decir, no es posible universalizar desde dos esquemas distintos de acceso, atención, garantía de derechos, financiamiento, prestación y administración. La universalización es horizontal para generar integración y evitar duplicidades. El Perú mantiene la forma vertical, con una columna SIS por un lado y otra columna ESSALUD por el otro, que no se integrarán en el esquema actual.

Nuestro sistema de salud se ha constituido desde la diferencia y para contener el ingreso de otros. Tuvimos el primer hospital dedicado a la atención de los españoles, el San Andrés;

el segundo para los «indígenas», el Santa Ana; el tercero para los «morenos libertos», el San Bartolomé. No siendo casual que los inmigrantes decidieran crear sus propios sistemas de atención con la Maison de Santé en 1866, la Clínica Italiana en 1900 o la Clínica Anglo Americana en 1921. Algo similar sucedió en los distintos sectores de trabajadores, ya que en 1936 surgió el Seguro Obrero construyendo su propia red y en 1948 el Seguro Empleado.

Si no reconocemos de dónde viene el sistema de salud, no podremos saber hacia dónde llevarlo. En concreto, la marcada diferencia de acceso, financiamiento y prestación que generan dos sistemas como el SIS y ESSALUD, y la constante inviabilidad de que al menos coordinen en beneficio de toda la población, impide universalizar la salud. Hace una década se intenta un esquema llamado «intercambio prestacional», pero no funciona ni funcionará porque cada sistema cuida lo suyo antes que compartir lo suyo al servicio de la población.

¿No ha habido propuestas para universalizar? Sí, hay propuestas en ese sentido: una de FOROSALUD y otra la de la Comisión de Protección Social. Los ejes: financiamiento sostenido e incrementado, conformación de un Seguro Público Nacional que agrupe los fondos SIS y ESSALUD, integración de las redes de atención, capacidad de orientar las políticas gestionando los recursos, participación y control ciudadano. Comencemos a recuperar el sentido de lo que requerimos en salud.

Octubre, 2017

## El Niño, Piura y la salud universal



El Decreto de Urgencia 006-2017, promulgado a raíz de los desastres sociales luego de las lluvias por el Niño Costero, establece que en las zonas de emergencia los servicios de salud deben dar atención a todos los ciudadanos y extranjeros sin ninguna condición o pago, ni trámite ante las instituciones prestadoras o financiadoras. Asimismo, dispone que MINSA, ESSALUD, gobiernos regionales y sanidades de las FFAA y FFPP, al finalizar el año elaboren el informe de las prestaciones brindadas.

Eso es lo que implica y significa un sistema universal de salud, en el que la prioridad es la atención de la necesidad humana, en el que las instituciones funcionan y luego informan y cuadran sus cuentas, en el que no hay necesidad de enrevesados acuerdos de intercambio prestacional (hace años discuten el precio de insumos SIS y ESSALUD), ni kafkianos convenios.

Este Decreto de Urgencia confronta la falsa imposibilidad que se ha hecho sentido común en la comunidad de salud, que sostiene que no es viable integrar la atención sin modificar la constitución, sin generar un caos de proporciones, sin triplicar el financiamiento, en suma, sin generar un TEC que derive en la discapacidad del sistema (cuando hace décadas es ya disfuncional).

Lo cierto es que sí es posible integrar (no unificar) la atención de salud desde la decisión política, que conlleve a que los servicios y los financiadores deban trabajar creativa e innovadoramente para responder al mandato legal de acceso universal sin barreras. El problema es que la burocracia y el funcionariado en salud han caído en la pasividad conceptual y la limitada función operativa, colocándose a sí mismos una barrera mental, en la que subyace la persistencia de la diferencia segmentadora de entregar a unos algo, a muchos menos y a otros nada.

El Decreto de Urgencia estará vigente durante todo el año. Se hace necesario monitorear su cumplimiento, exigir los recursos para su implementación y, sobre todo, apoyar que la cuasi universalización impensada en Piura y muchas zonas del territorio nacional sea la base sobre la que desmontar los impedimentos legales, administrativos y el acostumbramiento de la conducción, gestión y prestación de la salud.

Impulsar efectos positivos desde este DU es necesario para entender que la disyuntiva o cambiamos todo o no cambiamos nada, es falsa en salud. La progresividad de la universalización es una realidad. El asunto en el Perú es que se habla de universalizar, se legisla sobre eso, pero esto no produce avances debido a que nunca se abre el sistema a la gente ni se territorializa. Las medidas relacionadas al aseguramiento universal no lo logran porque en sí mismas están atadas al persistir sistemas

paralelos, diferenciadores y no comunicantes (tanto así que no tenemos un sistema de información nacional en salud).

Si el DU tiene éxito en medio de la desorganización producto del desastre, puede ser viable en otros territorios del país. La complejidad que se le endilga a la universalización se aligera cuando los principios del derecho a la salud se enfatizan. Cierto que el sistema de salud es complejo, pero su avance debe contar con un impulso político antes que depender de medidas y esquemas en muchos casos elaborados en la computadora y no en la piel de la gente.

Lo que el país reclama a gritos es una salud diferente, un sistema en el que no se tengan que hacer diez colas para lograr la atención, en el que la calidad y trato se vaya elevando, en el que el territorio sea la base de la organización y acción comunitaria, en el que funcione internet para no llevar kilos de papeles sucios. El reto sigue más vivo luego del desastre social por las lluvias.

La sombra de seguir haciendo lo mismo que en las últimas décadas genera un vacío programático, discusiones bizantinas, sentidos comunes casi impermeables. La obligación es reorganizar la atención, gestionar los servicios, oír a la gente, financiar sincerando. Todo ello en lógica de cierre de brechas y en la utopía de cubrir todo a todos, que es la única que permite avanzar. Lo demás ya lo conocemos.

Abril, 2017

# Salud en el presupuesto 2018



El Presidente de la República y la ministra de Salud han afirmado que el incremento del presupuesto para la salud al 2018 será sustancial. Ello implica superar el estancamiento de los últimos años en los que el MINSA llegó a 13,776 millones de soles el 2017 (Prepuesto Institucional de Apertura). Teniendo en cuenta que el compromiso del Plan de Gobierno fue incrementar 0.5% del PBI cada año, es decir cerca de 3,100 millones de soles, se requiere que el presupuesto 2018 inyecte al menos 2,500 millones de soles más.

Si bien el sistema de salud enfrenta una serie de problemas para el adecuado uso de todos sus recursos, el incremento financiero es necesario y urgente sin duda. Si se suman todos los recursos públicos destinados a la salud para el 2016, llegamos al 4% del PBI. Para el 2017 los montos fueron similares. El porcentaje



público mínimo que estamos obligados a lograr como firmantes de la «Estrategia para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud» de la Organización Panamericana de la Salud, es del 6% del PBI. Si buscamos equipararnos a los países del OCDE hablamos de 9% del PBI dedicado a salud.

Del presupuesto del MINSA, el 60% se dedica al pago de salarios, 17.5% a la compra de bienes y servicios incluidos medicamentos y personal contratado, 12% a inversiones diversas, y 1,700 millones fueron destinados al SIS. La pregunta es, ¿hacia qué rubro se destinarían los recursos añadidos y cómo hacer eficiente y efectivo su manejo?

Lo que el MINSA en coordinación con los Gobiernos Regionales destina para el funcionamiento de los establecimientos es fundamentalmente el pago de salarios, alrededor de la mitad de los medicamentos y algunos temas relacionados al gasto corriente de servicios. La inversión en nueva infraestructura no se inyecta a los establecimientos y el nuevo equipamiento es bastante puntual y limitado. En ese contexto, el SIS se convierte en un flujo constante que financia las atenciones, pero también es utilizado para otros fines.

Sucede que los hospitales y centros de salud, además del pago de salarios y algunos servicios incorporados en lo que se denomina recursos ordinarios que les son transferidos, tienen necesidades del día a día que el MINSA/Estado ha descuidado hace mucho. Así, parte del flujo SIS se ha convertido en un recurso del cual echar mano ante la necesidad, lo que puede generar también actos de corrupción.

No se cuenta con el monto exacto de ese uso, pero puede estar llegando al 15% de todo el financiamiento SIS, es decir unos 250 millones de soles destinados a: gasolina, papelería, personal adicional, uniformes, mini inversiones y reposiciones, etc. Ese

monto es la primera brecha que el Presupuesto del MINSA debe sincerar, para que el dinero del SIS sea utilizado en la atención de forma directa.

Asimismo, en relación al SIS hay un gasto excesivo en personal administrativo en los hospitales y centros, que se mantendrá mientras no se reorganicen y agilicen los enrevesados procesos para el reconocimiento del pago de las atenciones. Ello no quita que el SIS requiera para el 2018 al menos 800 millones más para llegar a 2,500 millones y así efectivizar progresivamente las atenciones a las que los ciudadanos tienen derecho.

El gobierno además ha establecido compromisos con los gremios de trabajadores vía la implementación de una nueva escala remunerativa, que al menos eleva el piso salarial en 25%. Si bien es cierto, esto se dará de forma progresiva, implica al menos un 15% de incremento, lo que se acerca a los mil millones adicionales; esto debería estar ligado a la elevación de los indicadores y objetivos sanitarios, que privilegien promoción y prevención, y a que se cumplan los incentivos existentes como el trabajo de atención primaria.

A ello hay que sumar la recuperación de la inversión en infraestructura que también fue recortada en el presupuesto 2017, que debería contar con al menos 300 millones más. Y la prioridad del abastecimiento de medicamentos que arrastra un déficit histórico y que requiere también unos 300 millones adicionales. Como se observa, los 2,500 millones adicionales están sustentados en la necesidad real y obligatoria de cumplir.

Sí, hay dinero para la salud. Lo que se requiere es un MINSA/SIS capaz de plantearle las cosas claras al MEF. Esto se hizo en alguna medida durante el gobierno de Humala logrando un incremento del 85% del presupuesto en salud en ese quinquenio. Y si de prioridades hablamos, este año el PIA 2017

(Presupuesto Institucional de Apertura) fue 142 mil millones y el PIM (Presupuesto Institucional Modificado) a la fecha llega a 170 mil millones, es decir 28 mil millones más. Pero de ese enorme incremento casi nada ha ido para el sector salud.

Como país merecemos una salud y una educación públicas de calidad. La lógica tecnocrática que se contenta con estimados y mediciones parciales no resuelve los nudos que enfrentamos. Las huelgas y movilizaciones son una expresión del descuido por la salud y la educación. Pero, sobre todo, expresan dos décadas de crecimiento económico y descuido social. Poner la plata detrás de la gente es la tarea hoy.

Agosto, 2017

## Entre la privatización o la integración



En 1936 se promulgó la Ley 8433 que creó el «Seguro Social Obligatorio» administrado por la Caja Nacional del Seguro Social, estableciendo su financiamiento a cargo de trabajadores, empleadores y el Estado. El país asumía que la universalización de la atención de salud se daría vía el modelo bismarkiano, vinculado a la condición laboral formal. A pesar de que la institución ha sufrido variaciones, recortes y limitaciones, persiste hoy ESSALUD.

Han pasado ochenta años y esta cobertura llega al 25% de la PEA y a menos del 30% de la población. De los 17 millones de peruanos en edad de trabajar, solo 4.5 millones lo hacen en un trabajo formal; mientras que de los 31 millones de peruanos solo 9.5 millones se encuentran afiliados a ESSALUD (trabajador/

trabajadora, derechohabiente: cónyuge e hijos). ESSALUD tiene la obligación principal con sus asegurados, pero hay que tener en cuenta que la universalización de la salud no se ha concretado vía su supuesto fundacional.

ESSALUD cuenta con un financiamiento autónomo de alrededor de 10,000 millones de soles anuales producto del aporte del empleador derivado del trabajo del trabajador. Este financiamiento, que significa casi el 1.7% del PBI, no se considera en el Presupuesto General de la República en la función salud, que llega al 2.3% del PBI. Sumando ambos montos, el país está alrededor del 4% del PBI en recursos públicos para salud.

Y a pesar de que el financiamiento de ESSALUD no proviene de la recaudación de impuestos sino de una contribución específica, la naturaleza de la institución hace que su fondo sea considerado público, y la lógica de su uso y de los demás recursos de ESSALUD también. En concreto, ESSALUD no es propiedad de los empresarios como la CONFIEP imagina, ni de los asegurados como algunos gremios afirman, ni de sus trabajadores: ESSALUD es del país.

Teniendo en cuenta eso, la imposibilidad de lograr la universalización en salud desde el vínculo laboral formal y las limitaciones del sistema de salud, los procesos de reforma y cierre de brechas deben incorporar los alcances y recursos de ESSALUD: cerca de 400 establecimientos, 50 mil trabajadores, alta capacidad resolutive, avances en la evaluación de tecnologías sanitarias desde su Instituto de Evaluación de Tecnologías (IETSI).

Cada cierto tiempo aparecen los «intentos de privatizar ESSALUD». Observemos su presupuesto de 10,000 millones de soles. Aproximadamente el 55% se destina al pago de remuneraciones; 20% a servicios prestados por terceros (dos hospitales en APP, servicios de hemodiálisis, más de una docena de clínicas

contratadas); 18% a la compra de bienes que incluyen medicamentos, insumos, suministros; y un 7% al pago de subsidios a sus asegurados.

Es decir, ESSALUD destina unos 2,000 millones de soles al pago de servicios a terceros privados, de los cuales 350 van a los dos hospitales por APP y unos 500 al pago de clínicas por servicios como diálisis, cirugías, atención básica, apoyo al diagnóstico. El resto se invierte en infraestructura. ¿Pueden definirse estas modalidades como privatización?

Las APP son privatización pura, ya que se entrega la gestión clínica, administrativa y de personal, a cambio de un pago fijo. Los contratos de los hospitales Kaelin y Barton, firmados en el gobierno de Alan García, son bastante costosos para ESSALUD. La rentabilidad de la empresa española estaría superando el 20%, porcentaje altísimo teniendo en cuenta las limitaciones de la institución.

En la contratación de clínicas este asunto es discutible, ya que esta es una forma de extender atenciones utilizada en diversas realidades, pero debe darse en un marco legal y regulatorio muy estricto. Situación que en el país no se da, ni en salud ni en otros campos de responsabilidad pública. Asimismo, esta contratación puede usarse para fortalecer la atención básica o primaria promoviendo asociatividad de grupos de profesionales con exigencias para priorizar la prevención y la atención integral, contribuyendo a variar el modelo medicalizado.

Hoy existe una propuesta en salud de la Comisión de Protección Social creada por el MEF, en la que se propondría rebajar el 9% de aporte con el compromiso de que el Estado asuma la diferencia. Cuando paradójicamente es el Estado el que aporta mucho menos del 9% establecido como empleador de los maestros, trabajadores de salud, CAS de todo el sector público.

Por eso, se hace urgente incorporar a ESSALUD en una lógica de Sistema Nacional de Salud, protegiendo su financiamiento, recuperando sus recortes y procurando más fuentes.

Pero, sobre todo, es momento de enfrentar lugares comunes y resistencias corporativas que impiden que esta institución entre de lleno en la universalización de la salud. Así, ESSALUD debe integrar progresivamente su red con la del MINSA. Debemos proteger sus recursos pero comenzar a usarlos en lógica nacional, y asumir como país que el derecho a la atención integral de salud que goza un tercio de la población afiliada a ESSALUD (legalmente reconocido, efectivamente limitado) debe ser igual para todos, trabajadores formales o autónomos.

Julio, 2017





# **Centros de salud y hospitales**



## La hora de los centros de salud



La frase que más se repite en relación a la reorientación del sistema de salud es: «Fortalecer el primer nivel de atención». Efectivamente, esa es una de las columnas para universalizar la salud que responde a fundamentos generales y a condiciones particulares de cada país, y debe articular Territorio/Población/Servicios para abordar el perfil epidemiológico y demográfico.

Nuestro sistema público de salud cuenta con más de 8,000 establecimientos para 31 millones de habitantes. Colombia, en cambio, para casi 40 millones cuenta con no más de 2,500. Unos 7,500 son del MINSA, de los cuales más de 6,000 son los denominados puestos de salud en los que no es obligatoria la presencia de médicos, más de 1,000 son Centros de Salud que deben contar con atención médica, cierta capacidad resolutive y al menos medicina general/cirugía, pediatría, ginecología.

ESSALUD cuenta con 400 establecimientos: 220 puestos y centros de primer nivel, 55 policlínicos de segundo nivel y 85 hospitales. Su primer nivel es de casi nula capacidad resolutoria; su segundo y tercer nivel se ubican en las principales ciudades del país, por lo que alrededor del 60% de sus asegurados no cuenta con acceso a atención del primer nivel. Esa masa de asegurados busca atenciones en el MINSA, farmacias o en la consulta privada, generando gasto de bolsillo.

El primer nivel, a pesar de ser el más extendido, cuenta proporcionalmente con menor financiamiento y recursos; y está preso de imaginarios tanto ciudadanos como profesionales que lo ven como el patito feo del sistema. Todos preferimos ir a un hospital a atendernos y los profesionales prefieren trabajar ahí por diversas razones. A eso hemos llegado luego de décadas de descuido y priorización de lo hospitalario.

Los hospitales han concentrado la consulta externa especializada y semi-especializada, que es la más buscada por la población debido a que el médico general del Centro de Salud no cuenta con el apoyo material y, en muchos casos, tampoco con la formación necesaria para enfrentar problemas de salud que sí debería resolver. Así, la referencia hacia el nivel superior satura las consultas en los hospitales.

Requerimos identificar los recursos con los que contamos como punto de partida hacia el objetivo. En el primer nivel, desde el MINSA mantenemos una red con presencia física en lo urbano y en lo rural; mientras que desde ESSALUD está concentrada en ciertas ciudades. En ese contexto, el fortalecimiento del primer nivel implica ponerlo al servicio de todos sean del SIS, ESSALUD, militares, policías o personas que no cuenten con seguro. Es decir universalizar el acceso ahora.

Esto, para no quedar en el papel, debe ir acompañado de la organización de Redes Integradas de Atención, pero no redes MINSA y otras ESSALUD como lo siguen haciendo. No habrá cambio si se sigue jugando al «intercambio prestacional». Estamos obligados a dar el paso clave de integración operativa terminando con la segmentación poblacional que categoriza a los peruanos en salud.

Algunos datos clave. 1) El MINSA subsidia la atención de asegurados a ESSALUD en alrededor del 800 millones de soles anuales (Financiamiento de la Salud en el Perú, Banco Mundial 2016), debido a que ESSALUD absorbe menos de la mitad de las atenciones que sus asegurados buscan, y estos pagan en los servicios subsidiados del MINSA. 2) En muchos distritos del país los Centros de Salud del MINSA que desarrollan salud comunitaria atienden a la población en su territorio sean del SIS o de ESSALUD. Es decir, la realidad viene superando las barreras administrativas emanadas de la confirmación de un sistema diferenciador.

Para efectivizar el fortalecimiento del primer nivel y reorientar la lógica del funcionamiento del sistema urge: 1) Identificar las capacidades de los Centros de Salud en los distritos urbanos tanto en personal, equipamiento, insumos y gestión, para determinar la población a su cargo en lógica de red que la integre garantizando un conjunto de servicios abiertos a todos. De hecho, en las zonas no urbanas se requiere un abordaje distinto del que ya hay experiencias identificables. 2) Cuantificar la inversión necesaria para implementar la capacidad resolutive necesaria que vaya más allá de las especialidades básicas, y dote a la medicina general de respuesta a las principales demandas ya identificadas en salud.

Eso lleva a la adscripción de determinado número de población a los alcances de su Centro de Salud, a la conformación

de equipos de salud sobre la base de la dotación actual de profesionales y su rotación. Para ello, hay que desmontar prejuicios relacionados a las competencias, como se ha hecho en varios países que vienen avanzando en atención primaria y comunitaria de salud. Y construir sistemas de información simples tanto para el acceso como para la gestión.

Asimismo, es necesario revalorar a la medicina general y a la medicina familiar como base de la relación del sistema con la población. Y algo fundamental, convertir los Centros de Salud en espacios de interrelación e intercambio entre los profesionales y la población hacia el buen trato desde el diálogo horizontal. La complejidad se diluye cuando colocamos las piezas sobre la mesa.

Septiembre, 2017

## Partos en los baños



Esta semana se han producido dos hechos que marcan el contraste entre la realidad y las posibilidades del sistema de salud. Nuevamente una mujer dio a luz en el baño de un establecimiento de salud de Lima, sin que el servicio asuma la responsabilidad como lo expresa el comunicado del Hospital María Auxiliadora. Este y los anteriores casos similares, no son hechos aislados. Explican también que Lima sea la región del país con mayor número de muertes maternas (42 el 2016). Asimismo, transparentan la violencia obstétrica muy presente en nuestro sistema.

Por su lado, el Ministro D'alesio designó a los cuatro directores generales de las redes norte, sur, centro y este de Lima. Tres de ellos MBA, uno PHD, tres exoficiales de la marina relacionados con la ingeniería naval, la actividad minera y la administración estratégica, que trabajarán orgánicamente bajo el

mando del director general de operaciones, un exoficial de la marina. Todo este aparato depende del Vice Ministerio de Prestaciones y Aseguramiento, cuyo titular acaba de renunciar al cargo.

Así se pinta la cancha desde el MINSA en relación a los servicios de salud. Por un lado, la realidad y sus constantes gritos expresados en desatenciones, desorganización y falta de gestión. Por otro, una clara voluntad gerencialista como opción para ordenar y mejorar el sistema de atención en los hospitales y redes de Lima. Enfatizo de Lima, ya que otro gran problema que enfrenta el MINSA es que ni sus directores generales ni sus directores ejecutivos ni el propio ministro tienen autoridad orgánica sobre los funcionarios regionales de las 25 Direcciones o Gerencias Regionales de Salud.

En el sistema de salud existe la labor asistencial, en la que las diferentes profesiones o técnicos atienden directamente a la gente; y la labor de gestión de la salud, desarrollada en sus diversas responsabilidades sobre todo por los profesionales de la salud. La dirección de los hospitales ha recaído en la profesión médica, mientras que en el primer nivel se da el concurso de las otras profesiones en la dirección de los establecimientos. Asimismo, desde hace varios años existe la residencia de especialización en gestión de la salud, inicialmente para los médicos, hoy para otras profesiones también.

Uno de los asuntos que genera resistencia entre los trabajadores de salud, sus organizaciones gremiales y profesionales, es la participación de profesiones distintas a las de la salud en la conducción, gestión y organización del sistema. A estas alturas queda claro que sí es necesaria la participación de otras profesiones en todos los niveles de gestión de la salud, que puedan nutrir de enfoques distintos el desarrollo y desempeño de la atención.



El punto es que estos otros profesionales cuenten con el acercamiento y conocimiento necesario de las dinámicas, derechos e intereses que cruzan el sistema de salud. Y si no lo tienen, como es el caso de los nuevos encargados de la salud en Lima, es su obligación conformar equipos que hayan transitado necesariamente desde hace mucho el sector.

No hay varitas mágicas ni conejos debajo la manga. Los intentos basados en impulsos disconexos, terminan haciendo retroceder los pocos avances logrados. Mientras que las medidas basadas en abstracciones gerenciales llevadas a la realidad social y laboral de la salud, chocan con paredes que primero hay que desmontar o saber trepar.

Dado el marcado impulso gerencial ministerial hacia los hospitales y redes de atención, el diálogo efectivo para acuerdos concretos —poniendo por delante a los ciudadanos— se hace urgente. La prioridad de gerenciar no debe ser contraria a la voluntad de consensuar las medidas postergadas en el sistema de salud.

En el partido de la salud no vamos ganando. Para clasificar al mundial de los países saludables requerimos al menos veinte años de trabajo bien orientado, en un proceso que acuerde los objetivos y cuente con una estrategia capaz de: 1) Identificar a los jugadores clave así como sus posiciones en el equipo; 2) Plasmar en la cancha de la salud las aspiraciones de nuestra población de ser tratados con igualdad y calidad; 3) Estimar cuánto nos va a costar el proceso de clasificación al mundial de la salud; 4) Recoger de las selecciones anteriores nacionales y regionales de la salud las experiencias que han tenido al jugar sus partidos.

El ministro o ministra de salud tiene una ventaja pero también un riesgo. La democracia no es un atributo de los ministerios, al contrario, estos funcionan como entes verticales; lo que dice el ministro se hace y así hacia abajo. Los espacios de coordinación

Alexandro Saco

formal con otros actores del sistema existen pero son débiles. Queda en la inteligencia, intuición y voluntad de los que ahora conducen el MINSA tener la capacidad de cuadrar la necesidad de la gente y la obligación de avanzar no solo en resultados, sino en la consolidación de nuestro sistema de salud.

Septiembre, 2017

## Calidad y realidad en salud



Esta semana participé del «Encuentro de Calidad en Salud» de Cajamarca, en el que se presentaron más de quince proyectos de mejora centrada en los pacientes, desarrollados en los tres niveles de sus trece provincias. Hasta el año pasado el MIN-SA organizaba el «Encuentro Nacional de Calidad en Salud», pero la gestión García desactivó la Dirección de Calidad con lo que el encuentro —luego de dieciséis años continuos— no se dio. La única región que ha decidido una apuesta regional es Cajamarca.

Las Direcciones Regionales de Salud, los hospitales, centros y redes cuentan con un área de calidad. Estas son las encargadas de estar detrás de los departamentos de atención, exigiendo el cumplimiento de la normativa vigente para garantizar la seguridad del paciente. Ahora han incorporado también como una de sus funciones la respuesta a los reclamos y consultas (D.S. 030-2016-SA). Estas dependencias son incómodas para todos los que actúan por inercia en el sistema de salud. Cosas tan sencillas

como el cumplimiento de la lista de chequeo quirúrgica resultan en largas batallas para su aplicación.

Si bien la calidad no es un principio constitutivo del sistema de salud, como lo son la universalidad, la solidaridad o la integralidad, sí es un atributo imprescindible de lograr, más aun en sistemas precarios como el nuestro. Pero, ¿se puede exigir estándares de calidad en salud cuando la realidad de los servicios mantiene serias limitaciones? Sí, ya que la calidad implica el cumplimiento de lo establecido en el contexto de lo que se tiene, y no la exigencia de brindar lo que objetivamente no se puede hacer.

A pesar de las limitaciones estructurales, los encuentros nacionales de calidad permiten conocer que cuando se conjuga voluntad, sentido común y liderazgo para colocar como eje del sistema al ciudadano, se pueden lograr mejoras. Es decir, no hace falta esperar que todo cambie para ponerse a trabajar, sino utilizar de mejor modo recursos, capacidades, enfrentando el acoso y falta de voluntad de un sector de trabajadores de salud.

Experiencias de mejora y humanización de la atención se pueden encontrar en todos los niveles, desde un puesto de salud en algún centro poblado hasta un hospital de alta complejidad. En el Hospital Regional de Cajamarca se ha iniciado la UCI de Puertas Abiertas, impulsada por una médica que, asegurando la bioseguridad, permite el ingreso de familiares cuando los pacientes más lo necesitan. En el Instituto Nacional del Niño de San Borja se desarrolla el acompañamiento materno a niños en estado crítico, que mejoran más rápido debido a eso.

Cabe mencionar que la gestión del Ministro D'alesio ha recuperado en cierta medida las competencias en calidad del MINSA, al crear la Unidad Funcional de Calidad adscrita al Vice Ministerio de Prestaciones. Corresponde ahora (hasta que se modifique el ROF García) dotarla del apoyo necesario para el

cumplimiento de sus funciones y convertirla posteriormente en una Dirección General. Ello impulsaría a su vez un avance en las Direcciones Regionales que tienen las funciones de calidad subsumidas en otras áreas.

Esta semana el ministro de Salud, en su visita al Hospital Goyeneche de Arequipa, conoció que los baños de los hospitales públicos no son lo mismo que los de CENTRUM y que las paredes no brillan como en Los Álamos en Surco. Estuvo acompañado de una congresista fujimorista que señalaba todo lo que se encontraba al frente.

Visitar un hospital con las cámaras debe ser muy provocativo para la autoridad, pero lo que corresponde al ministro, y a su equipo de administradores e ingenieros MBA y PHD, es identificar los puntos de apoyo desde los cuales generar las dinámicas que permitan modificar esa realidad que ya conocemos. Capacidad profesional para revertir la crisis existe en el sector salud, pero debe ser identificada y delegarse las tareas desde la conducción sectorial. Sería indicativo que una gestión proveniente del CEMTRUM termine como Pablo de la Flor en la Autoridad de la Reconstrucción con Cambios.

Septiembre, 2017

## Basta de colas



Es inaceptable que en 2018 la mayoría de nuestros hospitales y centros de salud obliguen a la ciudadanía a hacer colas, lo cual configura un maltrato. La persistencia de esta situación y la resistencia a cambios tiene explicaciones técnicas, de gestión, políticas, sentidos comunes e intereses creados.

El sistema público de salud necesita informatizarse e interconectarse, pero algo que básicamente es un asunto técnico choca con los usos y costumbres de décadas en las que el personal se desenvuelve. La historia clínica electrónica, la referencia efectiva, la ventanilla única, quiebran la forma de relación con los pacientes ya que los colocan como eje de la atención.

Por ello, una de las tareas clave es que la formación universitaria y el trabajo posterior estén orientados a colocar al ciudadano como objetivo del sistema de salud. Si bien hay matices, en general el trabajador de salud no ha interiorizado esa

responsabilidad y sus alcances. Pero mientras logramos vencer las resistencias no solo de trabajadores, sino de las universidades que no se comprometen con una renovada formación, hay que implementar las medidas de gestión operativa y acercarnos a algunas de las situaciones que pueden estar influyendo.

Eliminar las colas requiere contar con una programación de la atención médica de un periodo de al menos seis meses. Es decir, los gestores del establecimiento deben conocer en su tablero la disposición de los médicos y demás profesionales para así planificar fechas y horarios. En la mayoría de hospitales es muy complicado lograr una programación de al menos unas semanas. Las resistencias tienen que ver con aspectos internos, como poco personal, y externos como el trabajo particular que se desarrolla en clínicas privadas para el cual algunos profesionales son requeridos.

Lograr cero colas pasa también por el respeto al horario de trabajo en consulta que es de cuatro horas. Sí contamos con citas establecidas cada quince minutos de ocho de la mañana a doce, el médico debe permanecer en el consultorio ese lapso de tiempo. Ahora persiste en muchos casos la entrega de «tickets» a eso de las siete de la mañana, a cargo de algún trabajador o vigilante. Esto obliga a que los pacientes se amanezcan para obtener un número o que luego estén rogando por los famosos «adicionales», que se dan a voluntad o se negocian. Con el método de tickets, al no haber horarios establecidos para cada consulta ni tiempos mínimos, estas pueden comenzar luego de las ocho y terminar antes de las doce.

A ello se añade lo que pasó en el Hospital de San Juan de Lurigancho esta semana. Algunos establecimientos programan la entrega de citas un día al mes, lo cual genera un caos como el que hemos visto en las pantallas. Si bien ha habido intentos

aislados en algunos hospitales donde crean sus propios sistemas, es necesario uniformizar esto a nivel nacional. El MINSA ha informado que está trabajando en ello.

Este sistema de información, desde la ventanilla única, debe asegurar los flujos de referencias una vez que la persona ingresó al circuito de la atención, y evitar las colas cuando se busca la atención sin haber sido referido desde otro establecimiento. Por ello, urge implementar la interconexión para que las direcciones regionales y nacionales puedan acceder en tiempo real a las consultas que se vienen dando, cirugías, cantidad de pacientes, horarios de los trabajadores, disponibilidad de los medicamentos, etc.

Hoy es posible interconectar al menos el 80% de las redes del país. Claro, al comenzar el ordenamiento del sistema vía las citas, cola cero e información en tiempo real del desempeño, se transparentará la situación de cada red y se develarán situaciones normalizadas por falta de voluntad o por intereses creados que no favorecen a la gente.

De hecho, hay problemas estructurales que resolver como el adecuado financiamiento y el cierre de brechas del personal, que generan precariedad e influyen en lo que debemos enfrentar los ciudadanos cuando buscamos atención. Pero esas situaciones que hay que resolver, no impiden dotar al sistema de un orden básico que la población reclama a gritos en centros y hospitales. Veamos quiénes se resisten al orden y a la información transparente en cada red de salud.

Enero, 2018



## ¿Qué sucede en nuestros hospitales?



La muerte de la madre de la excongresista Ana Jara enfoca nuevamente la precariedad asistencial y el maltrato en nuestros hospitales, que tiene varios orígenes y de ningún modo justifican las exclusiones en la atención, ni las barreras administrativas, ni las actitudes de sus trabajadores pero sí las pueden explicar.

Nuestro sistema de salud se ha conformado hacia segmentos poblacionales, nunca se asumió desde una lógica universal. Esto es consecuencia de nuestra historia misma. En 1936, con la creación del Caja del Seguro Obrero, se opta por vincular la atención de salud al trabajo formal. En 1948, en esa misma lógica, se crea el Seguro del Empleado. Y en los setentas ambos se integran en el IPSS para luego convertirse en ESSALUD.

En paralelo, en 1935 se crea el Ministerio de Salud que asume progresivamente la conducción de los hospitales, antes dependientes de las beneficencias y órdenes religiosas, a los que suma la construcción de su propia red asistencial dedicada básicamente a las personas de menores recursos. La creación del SIS en 2002 consagra la limitada protección para pobres a cargo del Estado/MINSA, a la que luego suma a los vulnerables.

En ambos casos, los supuestos de origen han sido segmentados en el reconocimiento de la atención de salud. ESSA-LUD mantiene la lógica de contención fortaleciendo la idea de que «pertenece» solo a sus asegurados. No es casualidad que uno de los falsos argumentos contra Ana Jara sea que su madre no era asegurada, o que se desconozca la atención del embarazo cuando este se produjo antes de la afiliación.

El SIS, a pesar del avance logrado, ha regresado a la lógica excluyente desde la pobreza con la aplicación del D.L. 1346 que obliga a la «reevaluación» de 7 millones de «vulnerables», lo que está generando desatenciones injustificables. Es el síndrome de la exclusión producto de políticas insertas en las culturas organizacionales justificado en la limitación de recursos, que en realidad ha sido barrera y pretexto para mantener la diferencia. La salida es iniciar la entrega universal de atenciones de salud desde un primer nivel potenciado y abierto por condición de ciudadanía.

Otro factor que determina el maltrato y la exclusión es que los trabajadores asistenciales o administrativos se han formado en ese entorno que condiciona su desempeño, y consideran que sus actitudes burocráticas son normales y hasta correctas. Así, exigir un pagaré para derivar a alguien que agoniza a la UCI, o negar la atención mandando a una persona con cáncer a que «reevalúen» si es pobre, se ha normalizado. No es extraño oír profesionales de

la salud decir que un paciente que tiene celular o lleva a su niño «bien vestido» no debe tener derecho al SIS.

Esta diferenciación ha producido marañas administrativas absurdas en cada uno de los aparatos. La exclusión del SIS de personas que tenían un micro crédito o la negativa de atender embarazos adolescentes en ESSALUD porque el «responsable» no está asegurado, superan a Kafka. Podríamos poner varios otros ejemplos de la exclusión normalizada.

Al no haber decidido avanzar como sociedad en la igualdad en salud, nuestros sistemas públicos caminan en paralelo como si atendieran gente de países distintos, como si pudiéramos darnos el lujo de mantener dos aparatos que no se relacionan porque unos son SIS y otros ESSALUD.

A ello hay que sumar algo que debemos enfrentar y sincerar, que se puede denominar «pensamiento médico», que se irradia a la demás profesiones de la salud. Se caracteriza por considerar el conocimiento médico como infalible y superior a los otros, basado en un pensamiento lineal frente al proceso salud/enfermedad y en el poder que confiere el ejercicio de la medicina en el sistema de salud y en la sociedad.

Son varias las consecuencias de ese pensamiento que tienen relación con el trato y la gestión. Si bien existe un trabajo en muchos casos mayor a la retribución económica y social que entregamos a los médicos, es cierto también que una suma de factores ha permitido que el gremio en cierto sentido se haya apropiado de espacios como los hospitales y de decisiones que atañen a lo individual y lo colectivo en salud, lo que tiene diversas consecuencias.

Reconociendo casos en los que es difícil determinar una negligencia, hay otros como la amputación de la pierna equivocada

que no admiten cuestionamientos, pero que encuentran justificación para deslindar responsabilidades. Asimismo, es necesario analizar la responsabilidad del gremio en la mejora o desmejora de las condiciones de la gestión y organización de la salud.

El maltrato y la negligencia, entendida como falta de cuidado en la actuación de los trabajadores de la salud, existen y son comprobables. La única forma de revertirlos es reconocerlos y afirmar como fin y objetivo del sistema a cada ser humano. Divulgar la radiografía de los pulmones de la madre de Ana Jara para demostrar que igual iba a morir, expresa la cosificación de los pacientes y la desubicación de la respuesta profesional en el debate de la salud.

Como sociedad y Estado todos somos responsables del maltrato, exclusión y desatención. Como sistema de salud las responsabilidades son más directas y en los servicios de salud son identificables. Lo que sucede en nuestros hospitales es reflejo del país, pero también debe ser punto de inflexión para revertir esa realidad.

Agosto, 2017

# SIS vs hospitales: tensión y atención

---

---

## **PODER EJECUTIVO**

---

---

### **DECRETOS DE URGENCIA**

#### **DECRETO DE URGENCIA Nº 017-2019**

#### **DECRETO DE URGENCIA QUE ESTABLECE MEDIDAS PARA LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD**

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

El MINSA convoca a los directores de los Hospitales de Lima para firmar la «adenda» al convenio que rige las tarifas que el SIS reconoce. Estas en varios casos resultan menores a las anteriores; se reactiva la tensión. Los hospitales exigen elevarlas y el pago oportuno del SIS. Por su parte, el MINSA señala que el dinero del SIS se usa mal, existe corrupción y mala gestión. Y en esa discusión que no tiene salida, los pacientes enfrentan la continua desatención y las barreras de acceso por los enredos irresueltos entre SIS y prestadores, a lo que se ha añadido, producto del ambiguo D.L. 1346, restricciones en la afiliación.

Pero el asunto no es si la tarifa baja, sube o se mantiene, sino la relación que se genera cuando el denominado «Financiamiento de la Demanda» (es decir el pago por las atenciones) ha crecido en lógica de compra de productos antes que como

elemento de la atención integral, sin conectar además con el conjunto de problemas del sistema de atención. Porque es lógico que si un hospital tiene una sola oportunidad de «vender servicios» y «negociar» más recursos públicos para el día a día, aprovechará solicitando dinero que dirigirá también a temas distintos a la atención generada por el SIS.

Lo que se necesita es un equilibrio entre la prioridad por financiar la necesidad de salud y la estabilidad básica de los prestadores para funcionar. Si bien el objetivo de incrementar el «Financiamiento de la Demanda» tiene que ver con la necesaria mayor afiliación al SIS y con la intensión no lograda del todo de aminorar los pagos de bolsillo, ello no ha tenido el mismo reflejo en el aumento del financiamiento para equipamiento, insumos y mejores condiciones de todo tipo para la atención. Vacío que los hospitales buscan cubrir con lo que el SIS entrega. Así, el dinero del SIS en muchas partes se usa para comprar papel, tinta, refrigerios, etc.

El crecimiento del financiamiento del SIS, cuadruplicado en pocos años hasta su estancamiento en 2016 y 2017, no se ha reflejado en los otros gastos que deben cubrir los prestadores. Si bien ha habido un incremento insuficiente y aun desordenado de salarios, e inversión limitada en infraestructura, las brechas son históricas, la gestión es intuitiva y no cuenta con apoyo central (desactivaron el Instituto de Gestión de los Servicios de Salud sin ninguna alternativa), la informatización no se trasparenta y los procesos de compra generan importante corrupción. Se dan más atenciones vía SIS pero no el soporte necesario para brindarlas, y la pita se rompe por algún lado. Esto implica que los hospitales deban trabajar con lo que se les entrega ya que no tienen elementos de presión o propuestas para lograr mayor financiamiento público.

Si la principal tensión entre el MINSA/SIS y los hospitales se da alrededor de las tarifas, se ha descuidado el aspecto clave: la

obligación de los diversos componentes del sistema de salud para entenderse priorizando la atención de la gente. Esa obligación hoy no se está cumpliendo, ya que el mecanismo de pago y sus tarifas, sumados a los descuidos y entrapamientos acumulados, no lo permiten.

Así, lo que está en discusión no es el precio de la jeringa o de la gasa o del medicamento o procedimiento; lo que está en discusión es la lógica en que se relaciona el MINSA y el SIS (¿sólo pagador o protector?) con los hospitales y demás prestadores. Esa relación hace mucho está trabada y confrontada. El SIS, que debería ser reconocido como un elemento para la extensión del derecho, es visto en cierta medida por los prestadores como un ajuste o medio para dar derechos a quienes «pueden pagar porque tienen buena ropa o celular», a lo que contribuyen los sentidos comunes y corporativos asentados en el sistema.

Compete establecer un fluido y efectivo financiamiento, pero sobre todo una relación colaborativa, no de subordinación, con los prestadores desde el MINSA/SIS. Esa relación requiere, una vez más, sinceramiento de lo que es necesario para responder a las necesidades de la población en una lógica progresiva, pero cierta. Ni el MINSA/SIS tienen razón, ni los hospitales son dueños de la prestación. Ambos responden y están obligados con la gente y eso es lo que se olvida a veces.

Esta relación, que alberga aspectos técnicos, de determinación de costos, de gestión y operativos, requiere replantearse. El «Financiamiento de la Demanda» basado en tarifarios y negociaciones, ha cumplido su ciclo. Modelos de financiamiento para avanzar en casos resueltos, fortalecer las redes y la integración existen en diversas realidades. Variar las políticas y la gestión cuando ya no responden a la necesidad del sistema y como hoy afectan a la gente, es necesario.

Más que «Financiar la Demanda», concepto de mercado

y de sistema financiero, de lo que se trata es de atender la necesidad de salud de la población o de financiar la atención. Y más que «Financiar la Oferta», debe existir la responsabilidad pública para que el sistema tenga los recursos necesarios y así operar en el horizonte del cierre de brechas.

Mayo, 2017



## Prioridad redes integradas



El presidente Vizcarra ha anunciado la renovación total del gabinete. La gestión de Abel Salinas estuvo reconstruyendo el MINSA luego de lo que dejaron los ministros García y D'Alessio. Esperemos no se trunque esta posibilidad. Por eso, es prioritario que el presidente designe a un ministro o ministra salubrista, es decir, un profesional con conocimiento y desempeño en el campo de la salud pública. Colocar a un representante gremial sería un error.

El presidente ha mencionado a la salud, la seguridad ciudadana, el empleo y la educación como prioridades; la tiene en su mapa mental. Lo que corresponde es identificar el campo de acción en el que desplegar los máximos esfuerzos en este corto periodo de gobierno. Ese campo, por su alcance y por las sinergias que genera, es el de la conformación idónea de las Redes Integradas de Salud (RIS), desde un primer nivel de atención que

sea la puerta de entrada por condición de ciudadanía y se maneje de forma eficaz.

¿Qué significa eso? Que la conformación de las RIS parta de las necesidades de salud de la población y no desde la oferta de servicios existente o desde las conveniencias profesionales. Ello implica considerar las condiciones epidemiológicas y demográficas de la población en cada territorio de la RIS, para procurar en cada establecimiento los recursos necesarios frente a las necesidades. Si bien hemos tenido intentos de conformación de redes, estas se han dado desde los supuestos de la oferta y no desde la necesidad.

Si conocemos a la población y sus perfiles, se dirá que para ampliar atenciones es obligatorio contar con más recursos y personal suficiente, lo que es una media verdad. Se requiere un necesario reordenamiento para el que es necesario contar con información en tiempo real de la producción de cada establecimiento, que nos permita una radiografía de su desempeño. Es decir, una red interconectada con información directa de cómo están funcionando los servicios y que permita también eliminar los inacabables formatos de papel. Esto lo ha desarrollado el MINSA desde hace un año en la Dirección General de Aseguramiento. Es cuestión de decidir su aplicación.

El asunto va a generar tensiones, ya que si conocemos exactamente lo que viene sucediendo en el desempeño de cada establecimiento, se van a develar una serie de entrampamientos y amarres, así como las inconsistencias del esquema de aseguramiento y todos sus enredos administrativos y burocráticos. Vamos a conocer en tiempo real las razones institucionales de la desatención, así como las barreras generadas por el propio desempeño del personal. Para ponerlo en blanco y negro, vamos a saber cuántas consultas se dan, si se respetan los horarios de trabajo o si se están cumpliendo las obligaciones relacionadas a los bonos.

El otro eje de las RIS es la posibilidad de rotar a los profesionales a los lugares en los que sea más necesaria su presencia. Eso implica pasar de la errada idea de que el profesional pertenece a un hospital por lo que es inamovible, al concepto de que un profesional depende de su RIS. El médico u otro profesional que desarrolla su labor en el Hospital María Auxiliadora podrá ser rotado al Centro de Salud de una de las zonas de Lima Sur, si es que la necesidad de la población lo requiere. Eso no significa dejar de lado el cierre de brechas profesionales, sino que el sistema de salud tenga autoridad para priorizar las necesidades en salud.

Pero las RIS no pueden seguir siendo pensadas solo para una parte de la población. El reto y el gran legado de la presidencia de Vizcarra en salud debe ser la conformación de RIS abiertas a todos los ciudadanos en su territorio, sean SIS, ESSALUD, FFAA, FFPP o que no tengan ningún seguro. Por ejemplo, en Lima la mitad de la población es afiliada a ESSALUD; si conformamos redes sólo para la población del SIS, no resolveremos el problema fundamental del acceso: la diferencia, la segmentación, las categorías de peruanos en el sistema de salud que generan exclusiones inaceptables.

La implementación de las RIS además promueve el enfoque de Atención Primaria de la Salud, impulsa resolver los enredos que enfrentan el SIS y ESSALUD, y permite optimizar el funcionamiento del sistema porque parte desde la base y llega hasta el nivel de mayor complejidad. No es casual que todos los intentos de fortalecer el primer nivel hayan fallado, o que el Intercambio Prestacional no funcione. Es que no se ha partido desde la necesidad. Poner al ciudadano por delante significa romper los amarres y transparentar lo que sucede. Presidente Vizcarra, es ahora.

Marzo, 2018

## SIS, reclamos y primer nivel



A más de un año de ejercicio, el país mayoritariamente rechaza al actual gobierno de PPK, y el Congreso ha actuado políticamente forzando un nuevo gabinete ministerial. En el sector salud la situación es grave, pero lamentablemente no cuenta con el foco de la atención ciudadana. Existe un retroceso producto de orientaciones inconexas y de ausencia de medidas que afirmen la universalidad del derecho a la salud.

Urge la derogatoria del Decreto Legislativo 1346 aprobado vía las facultades delegadas, que fue la inadecuada respuesta del gobierno a la crisis del SIS. Este D.L. establece que se debe desarrollar la reevaluación económica y social de cerca de la mitad de los 16 millones de afiliados, lo que viene generando enredos burocráticos enormes. Las personas vienen siendo notificadas

cuando llegan al establecimiento sobre su reevaluación denegando su atención, o se les anuncia esto vía correo electrónico.

Una vez notificada la persona debe acercarse a la municipalidad distrital, específicamente a la Unidad Local de Evaluación (ULE), relacionada a las políticas de focalización del Ministerio del Desarrollo e Inclusión Social. En muchos casos, al tener solo una persona encargada también del trabajo de campo, no se brinda atención. Para iniciar el trámite se debe llevar copia de los DNI de toda la familia (a pesar de la ley que prohíbe la exigencia), y así fijar una fecha en la que el funcionario visita el domicilio para establecer si se merece o no el SIS.

La medida es inviable. No hay forma objetiva ni material de evaluar la necesidad de salud de 8 millones de personas, porque todas tienen derecho a la salud. Se ha tergiversado el sentido de la respuesta en salud, asumiendo que el problema son las «filtraciones», cuando ese concepto es inaplicable para la atención sanitaria. Los cambios pasan por la capacidad de gestionar sus recursos, establecer criterios sanitarios generales antes que excluir a millones de un derecho adquirido y, como tal, protegido. Un ejemplo del absurdo: todas las personas con TBC eran afiliadas automáticamente, hoy así tengan TBC si tienen en su casa un TV moderno serán excluidas.

Los reclamos: El 26 de julio de 2016 se aprobó el D.S. 030-SA, «Reglamento de Quejas y Reclamos en los Establecimientos de Salud». Esta norma reconfigura el sistema de protección de derechos de los pacientes, estableciendo en lugar de las defensorías del MINSA y ESSALUD, la obligatoriedad de que los hospitales del segundo, tercer nivel y Centros de Salud cuenten con Plataformas de Atención al Usuario (PAUS). Esto plantea: 1) Procedimientos para la atención, respuesta y resolución; 2) Espacio físico y al menos un trabajador encargado; 3) Acciones de promoción y

difusión de los derechos en salud con la comunidad: 4) Incorporación de la PAUS en el organigrama del establecimiento y elaboración de manuales para su funcionamiento.

Las PAUS pueden convertirse en un elemento dinamizador en doble sentido: a) Rendición de cuentas desde la socialización de los problemas más sentidos por la comunidad para comprometer mejoras; b) Identificación interna desde los trabajadores de salud de situaciones a mejorarse en cuanto al trato y a los procesos de atención. En ambos casos el objetivo es elevar la calidad con el impulso conjunto en los actores.

Son cerca de 1,000 establecimientos los que tienen la obligación de implementar las PAUS. A la fecha se han implementado unas 300, pero mantienen aún las limitaciones del modelo anterior, que percibe las exigencias de la población como un obstáculo antes que como un impulso de mejora debido a las resistencias de la cultura organizacional en salud. El reto es grande pero necesario no solo para SUSALUD, que supervisa y orienta el proceso, sino para todos los interesados en la mejora de la atención de salud.

Primer nivel: Una sola política bien definida bastaría para comenzar a reorientar los alcances del sistema de salud. Hay consenso en que esta pasaría por la Atención Primaria de la Salud (APS) que incorpora la salud familiar, la medicina comunitaria y la general, así como la promoción y prevención en salud. Si bien el sistema desarrolla acciones en esos sentidos, no hay una coordinación nacional orgánica que apunte a un primer nivel consolidado en lo urbano y lo rural.

En lo urbano, el MINSA viene desarrollado en Lima una reorganización administrativa de sus redes convertidas ahora en DIRIS. Sin embargo, la propuesta al no enfrentar la segmentación poblacional (es decir atender solo al SIS) y no tomar como eje la conjunción territorio/población/servicios, está limitando

de partida su alcance. Asimismo, no se cuenta con la determinación de los costos para dotar de capacidad resolutive a los Centros de Salud que serán la referencia de la red, ni se está desarrollando un trabajo con las organizaciones de Promotoras de Salud como brazo clave de APS.

Mientras los peruanos no sintamos que el sistema de salud está cerca de nuestras necesidades inmediatas, seguiremos alejados de esa puerta de entrada que es el Centro de Salud de barrio, pueblo o de distrito, o acudiremos a él ya que no hay otra opción. En este campo también es necesaria la participación de los municipios, que tienen responsabilidades en salud de acuerdo a su ley orgánica y cuentan con recursos para tal fin.

Noviembre, 2018

# ESSALUD: financiamiento y trato



La crisis de ESSALUD tiene varias aristas: desfinanciamiento, gestión alejada del ciudadano y deficiente trato. De hecho, nuevamente el paro de médicos llama la atención sobre la situación que afecta a 9.5 millones de afiliados activos, lo que significa 30% de la población nacional, la mitad de los cuales son los aportantes y la otra mitad sus derecho-habientes. Hay que recordar que por cada aportante hay otro afiliado.

Para el 2017 ESSALUD contó con aportaciones por un monto aproximado de 10,500 millones de soles, lo que dividido entre los afiliados resulta un per cápita anual de unos 1,100 soles. Si consideramos que ESSALUD asume el pago de pensiones a sus trabajadores jubilados por unos 500 millones, brinda prestaciones económicas y sociales por otros 600 millones, y paga a la SUNAT 140 millones anuales por recaudar, el per cápita efectivo para



atenciones de salud se reduce a unos 950 soles anuales, incluida la labor asistencial y la burocrática administrativa.

Del total de ingresos, cerca del 55% corresponde al pago de personal en todas sus modalidades, sea como planilla u otro tipo de contratación. El resto se divide en bienes y servicios para el funcionamiento, medicamentos, insumos y escasa inversión. El rubro de remuneraciones ha crecido un 40% en los últimos 5 años (3,200 millones a 5,250 millones). Es decir, sí ha habido aumentos.

Es necesario remarcar que ESSALUD es una institución nacional, ya que algunos intereses afirman que es propiedad de los empresarios que aportan. Nada más inexacto. Si fuera así, el país sería propiedad de quienes pagan más impuestos. Una vez que los aportes llegan al fondo, pasan a ser recursos públicos dirigidos a la atención de sus afiliados. Por eso, se requiere trabajar en lógica integradora para que los recursos contributivos o producto de los impuestos puedan ser usados de forma universal y no desde las dos grandes burocracias del MINSA y ESSALUD.

Se enfatiza la deuda que las empresas privadas (2,700 millones) y el Estado (2,200 millones) mantienen con ESSALUD; pero el problema financiero no tiene que ver con las deudas, que en casi un 50% son incobrables, sino con la sostenibilidad de sus ingresos. Si bien el aporte fijado es del 9% de la remuneración, luego de todos los recortes y excepciones que tienen el Estado y las empresas, el promedio de aporte real es de 5.75%. Veamos algunos casos.

El seguro agrario que aporta 4% fue creado para el trabajo asalariado de campesinos hace décadas, pero toda la agroindustria, tanto los que trabajan la tierra como sus funcionarios con altos sueldos, pagan 4%. Por el lado del Estado, los anteriores gobiernos para «aumentar» sueldos de maestros y profesionales de salud no tuvieron mejor idea que recortar el aporte y dárselo en efectivo. Así, tenemos más de medio millón de trabajadores

públicos que solo aportan a ESSALUD hasta el 65% de su sueldo. A ello hay que sumar decenas de miles de CAS que ganan más de 3,000 soles y sólo aportan hasta un tope. Es decir, si un CAS gana 10,000 en lugar de aportar 900 soles sólo aporta 130.

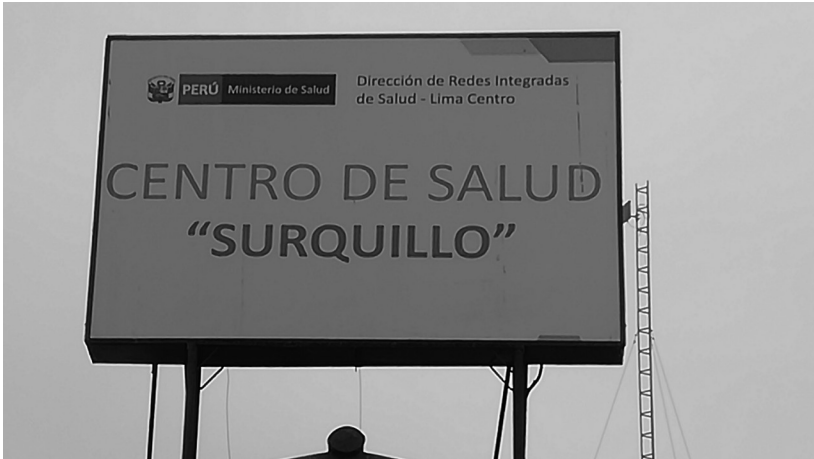
La sostenibilidad financiera de ESSALUD depende del Estado, tanto para ordenar el aporte privado como para asumir sus responsabilidades y no desfinanciar con negociaciones o regímenes especiales. Pero además, lo que corresponde es iniciar una integración de los fondos nacionales de salud, que puede tener como partida la conformación de una entidad que determine la gestión e inversión del financiamiento público de salud.

Pero toda esta aritmética no tiene sentido si no se coloca como objetivo a cada ciudadano que busca atención, y que hoy experimenta en un alto porcentaje maltrato administrativo o del personal que lo atiende. Lo primero tiene que ver con toda la maraña que se ha tejido desde una lógica restrictiva; ESSALUD funciona en cierta medida para excluir todo lo que sea posible, no para incorporar lo que sea necesario. En esa lógica, ha construido barreras mentales y normativas que afectan a las personas y las llevan a casos de desatención.

El otro maltrato se da en la atención médica, que si bien puede estar influenciada por las lógicas de gestión, no se debe colocar ello como excusa. El que atiende pacientes sabe a lo que se mete. Por eso, el discurso de los médicos en huelga no cuenta con apoyo ciudadano porque, a pesar de que hable del paciente, se nota que se dirige solo a un interés por elevar los sueldos que no son bajos. Los médicos ganan desde 6,500 como piso hasta más de 10,000 soles al mes en esta entidad; mientras que el promedio de sueldo del trabajador formal peruano es de 1,200 soles.

Noviembre, 2017

# ¿Cambios en el SIS y ESSALUD?



El SIS cuenta con nuevo Jefe Institucional y ESSALUD con nueva presidenta ejecutiva. En lo que va del gobierno, el SIS ha tenido cuatro jefes en diecisiete meses. Julio Acosta se mantuvo desde el gobierno anterior hasta el escándalo Moreno; fue seguido de Edmundo Beteta que se mantuvo hasta el conflicto SIS versus hospitales por el nuevo tarifario; siguió Moisés Rosas que estuvo nueve meses. Acaba de asumir el economista José Gallegos sin ninguna experiencia previa en el sector.

En ESSALUD al inicio del gobierno se nombró a Gabriel del Castillo, que provenía del campo de los seguros privados de salud; ha sido remplazado por la exministra del MIDIS y economista Fiorella Molinelli, funcionaria sin experiencia previa en la gestión de salud. La gestión Del Castillo venía trabajando la separación de las funciones de financiamiento y prestación de ESSALUD.

En relación al SIS, el gobierno no ha podido superar la crisis Moreno. La obligación de reevaluar a unos 7 millones de afiliados para saber si son pobres o no ha generado barreras de acceso que llevan en muchos casos a la desatención. Asimismo, no ha podido resolver el sentido de su relación con los hospitales y redes de servicios. A pesar de contar con el Informe de la Comisión Interventora y otros análisis, lo que ha primado ha sido la lógica reduccionista de su labor.

Mientras eso sucede son los ciudadanos los que seguimos enfrentando los enredos que el sistema genera por su propia naturaleza. Y es que mientras no existan canales de integración efectiva que pongan a trabajar al sistema en su conjunto para atender a la gente, los intentos desde el MINSA/SIS y desde ESSALUD estarán limitados por la segmentación poblacional que hemos normalizado. ¿Entienden y conocen esto los nuevos titulares del SIS o ESSLAUD? Todo indica que no, y que ambos sistemas seguirán jugando sus partidos de espaldas a la necesidad general de la población.

Si bien el problema de la segmentación en el acceso a salud es un reflejo de nuestra sociedad, en el último cuarto de siglo se ha afianzado la idea de que es casi imposible avanzar hacia un sistema de salud igualitario que reconozca el derecho sin más condición que la de ser humano. Esa idea es falsa, está sustentada en supuestos ideológicos y en resistencias de sectores que sienten que pueden perder frente a la necesaria integración financiera y operativa del sistema.

Para no poner de ejemplo a los países europeos, veamos lo que sucede en la frontera norte. Miles de peruanos han cruzado la frontera hacia Ecuador en los últimos años para atenderse, no solo en consultas ambulatorias sino para tratamientos y cirugías. Y es que este país ha optado hace unos años por conformar

un sistema abierto a todos los que necesiten atenderse. Algunos dirán que abrir el sistema hará que este colapse. Al contrario, lo que sucede es que el sistema comienza a ajustarse en función a la necesidad real de atención, y no en función a exclusiones. Así ha sido en los grandes procesos de reforma como el brasilero, el español o el costarricense.

Este año que celebramos los 40 años de la Conferencia de Alma Ata que comprometió salud para todos al 2000, se hace necesario enfrentar las creencias que están impidiendo dar los pasos para transformar la realidad de salud nacional. Si bien hay matices, existen consensos básicos que deberían ser las bases necesarias para avanzar en salud.

Lograr salud universal va a costar, el estatu quo se va a defender dentro y fuera del mismo sistema, el mal corporativismo gremial se va a oponer. Pero independientemente del devenir del gobierno de PPK, la construcción de una salud para todos no puede parar. Los intereses que rondan e influyen para beneficiarse de las necesidades de salud son identificables tanto dentro como fuera del sector, pero no son mayores a las voluntades que trabajan por lograr el derecho a la salud.

Esperemos que los nuevos responsables del SIS y ESSA-LUD entiendan que van a gestionar vidas y no balances, y que tengan la capacidad mínima de asumir que cuando no se conoce el juego, hay que oír antes que definir desde un ángulo solo económico.

Marzo, 2018



# **Agendas y luchas en salud**





## Alma Ata: 40 años de salud para todos



La sede de UNASUR en Quito recibió a representantes de toda América con el reto de la salud universal. El 2017 se cumplen 40 años de la Conferencia Mundial de Alma Ata impulsada por Organización Mundial de la Salud (OMS), en la que las naciones de la ONU se comprometieron a lograr «Salud para todos al 2000», priorizando la Atención Primaria de la Salud. El reto no se ha cumplido: los Estados y sociedades mantenemos una deuda que saldar. En ese marco, el 11 y 12 de diciembre se desarrolló en Quito, convocada por la OPS: «La salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma Ata».

Participamos representantes de organizaciones sociales, de los Ministerios de Salud, de la academia y de la OPS, analizando lo avanzado, las razones de no haber hecho lo suficiente, los

alcances de la organización de los sistemas de salud y su relación con el desarrollo social y económico. El mensaje expresado por Carissa Etienne, Directora de OPS, prioriza la necesidad de que las organizaciones sociales se involucren para sostener los cambios por el derecho a la salud.

Si bien cada país cuenta con un sistema de salud reflejo de su propia dinámica y procesos sociales, hay aspectos que todos asumimos como necesarios para garantizar el derecho a la salud: aplicar e irradiar desde las políticas de salud la intersectorialidad, concentrar y sostener al máximo posible los recursos financieros públicos destinados a la salud, colocar la organización y gestión de los servicios del lado de la necesidad de la gente, transitar hacia una formación de los profesionales de la salud que recupere el sentido de la atención y el cuidado, reconocer la participación ciudadana como fuente de los cambios en salud.

Para ello, la OPS ha conformado el «Foro por Salud Universal», que analizará la situación del derecho a la salud en América y emitirá un informe hacia octubre de 2018. Asimismo, se ha hecho el llamado a que en cada país los actores de la salud desarrollen acciones sobre los 40 Años de Alma Ata que permitan alcanzar los retos hacia la salud universal, y la identificación de las medidas y acuerdos necesarios para afianzar un sistema que responda a la ciudadanía.

Como parte de la sociedad civil, me tocó participar en las plenarios y exponer en la mesa «Financiamiento para la equidad, eficiencia y sostenibilidad», al lado de representantes de otras naciones. El mensaje que desde el Perú sostenemos es que ha llegado el momento en que el sistema y sus recursos se coloquen y dirijan a resolver las necesidades de la gente. Y no como hasta ahora sucede, que el sistema funcione para responderse a sí

mismo, para satisfacer sus procesos, justificando sus limitaciones, normalizando sus sentidos comunes excluyentes y corporativos.

Los sistemas de salud, a pesar de sus limitaciones, cumplen una función relevante desde las precariedades que atraviesan: millones de atenciones, cirugías, emergencias y procedimientos o acciones de promoción en todo el continente, salvando vidas, recibéndolas o brindando cuidados. Pero ello es absolutamente insuficiente, teniendo en cuenta que en América, en el 2016, se produjeron 2 millones de muertes evitables con mejores sistemas de salud.

En ese contexto, se distinguen dos aspectos relacionados entre sí. Nuestros sistemas de salud necesitan contar con un mayor financiamiento público que al menos llegue al 6% de los PBI nacionales (Perú está en 4% si sumamos MINSA y ESSALUD). Aún así nuestros sistemas pueden y deben hacer mucho más con los recursos con los que hoy cuentan. Es decir, con una idónea organización y gestión de sus recursos y servicios, así como elevando el trato y reconociendo la diversidad cultural, podemos mejorar lo que hoy tenemos en paralelo a la generación y apropiamiento de recursos públicos para la salud.

Los caminos para avanzar hacia el derecho a la salud son acumulativos, teniendo en cuenta que los sistemas son parte de nuestra historia y reflejan lo que como sociedad somos. Si tenemos sistemas como los que tenemos es porque son el reflejo de nuestras sociedades, casi sus espejos. Por eso, si impulsamos transformaciones profundas en nuestra salud, ello influirá directamente en el cambio de nuestras sociedades hacia el cumplimiento del derecho y la igualdad que como seres humanos merecemos y aspiramos. Los 40 años de Alma Ata nos retan a de una vez lograr salud para todos.

Diciembre, 2017

# Cannabis medicinal ahora



La aprobación legal del uso del cannabis medicinal es un punto de quiebre para recuperar el sentido de la salud y de sus necesidades de atención. Esta lucha ha permitido identificar que son la persona y su familia las indicadas para conocer y elegir la medicina que más bienestar le otorga. Se trata de una recuperación de la autonomía de la libertad en salud, frente al peso de la influencia médica y de los intereses de la industria farmacéutica. Siendo esto, además, un mensaje a quienes pretenden convertir una planta en el chivo expiatorio de muchos problemas.

Y es que al cannabis se le responsabiliza de casi de todos los males sociales relacionados a las adicciones y al comercio de las drogas. Se le ha satanizado buscando ocultar los grandes daños que generan y producen otras drogas como el alcohol, y se le utiliza para no enfrentar el tráfico de cocaína que a pesar de los

miles de millones invertidos sigue creciendo. El uso medicinal del cannabis y su gran capacidad de alivio a varios padecimientos debilita el aparato de propaganda levantado durante décadas en su contra.

Los testimonios e investigaciones sobre el poder de alivio del cannabis son abundantes. Hasta la Food and Drug Administration (FDA) lo ha reconocido en pocos casos. Algunos países ya desarrollan industrias nacionales que, además, les permiten acumular conocimiento y capacidad técnica para la elaboración de los distintos tipos de aceite. Y es que no se trata de una medicina homogénea y unidireccional, sino que estamos ante la posibilidad de que el paciente vaya identificando las cepas de esta planta que sirven para mejorar su salud.

Resulta desatinado oír a profesionales de la salud o representantes de instituciones relacionadas a la salud, deslizar la posibilidad de que el uso del cannabis medicinal pueda llevar a adicciones, es decir, convertir a un paciente en casi un «fumón». Lo que sucede es que existe una ortodoxia científica que, frente a la contundencia de lo que expresan los usuarios y sus familias, ha evidenciado sus limitaciones.

La ley que se apruebe no solo debe permitir la importación; la ley para ser justa debería permitir: 1) Auto-cultivo organizado de las familias con asesoría de instituciones, instancias del sistema de salud o universidades; 2) Divulgación libre del conocimiento y efectos que el desarrollo de los diversos tipos de aceite permite; 3) Despenalización de situaciones que puedan llevar interpretar o definir el auto-cultivo para la salud como ilícito; 4) Competencia expresa para que el Instituto Nacional de Salud y las universidades desarrollen investigación y produzcan aceite de cannabis; 5) Garantías para acceder al uso del cannabis por necesidad de salud, y la protocolización para un efectivo acceso a su uso en el sistema de salud.

El país ha visibilizado esta lucha. Los usuarios y familiares han demostrado que en ejercicio de su libertad, a pesar de ser perseguidos, el cannabis medicinal es parte del derecho a la salud. No se han dejado encasillar. Además, como en pocas ocasiones hay un apoyo desde diversos espacios a esta causa. Queda el debate en la Comisión de Salud del Congreso, que brilla por sus limitaciones y se ha dedicado a privilegiar intereses corporativos y gremiales. Veremos si la comisión y el pleno están a la altura de la responsabilidad.

El ejercicio de la medicina debe cumplir con un principio universal: la beneficencia. Es decir, hacer el bien; pero por la tendencia a medicalizar la vida, el uso indiscriminado de medicamentos se ha normalizado. Los médicos y profesionales de la salud desde la universidad son influenciados y encuadrados para otorgar a los medicamentos industriales un valor superior en su relación con los pacientes. Esta lógica llega a extremos como extirpar partes del cuerpo para no desarrollar algún tipo de cáncer o «identificar» propiedades preventivas en muchos medicamentos y así recomendarlos indiscriminadamente.

El sentido del autocultivo del cannabis, la libre elección de la medicina, la posibilidad de generar conocimiento —intercalando lo artesanal con lo técnico—, es volver al sentido original de las medicinas. Eso es lo que en ciertos casos se buscan evitar. Si esta puerta se abre, como se está abriendo, será un impulso para recobrar los conocimientos, saberes y propiedades de miles de plantas que se han invisibilizado.

No estamos ante un tema médico, estamos ante un asunto de salud, que son cosas distintas. El conocimiento médico, que sin duda tiene un enorme aporte en la recuperación de la salud y prevención de la enfermedad, no es absoluto. Es un componente de los sistemas de atención de salud; la salud está conformada

por un cúmulo de experiencias personales y colectivas, conocimientos ancestrales, prácticas sociales e individuales, influencias ambientales y culturales. Reconocer el cannabis como la medicina que es, será un avance clave.

Octubre, 2017

## Alimentación saludable en riesgo



La industria de alimentos procesados y la Comisión de Defensa del Consumidor presidida por el fujimorismo busca aprobar una ley que deje sin efecto la obligación de etiquetar de forma clara las advertencias de Alto en Azúcar, Sal, Grasas Trans y Saturadas, establecidas en el Reglamento de la Ley de Alimentación Saludable. El plazo para aprobar el Manual de Advertencias venció el 15 de octubre pero el gobierno incumple.

Una vez superado el escándalo Pura Vida de Gloria, las cosas han vuelto a la normalidad. No es novedad que los grandes medios de comunicación no informen del riesgo a pesar de las denuncias de diversas instituciones. Cientos de miles de dólares diarios ingresan a la TV por publicidad de comida chatarra. Si bien el MINSA ha hecho una buena propuesta de etiquetado, el Ministro D'Alessio no ha defendido la reglamentación ni las advertencias.



La industria utiliza medias verdades y tergiversaciones para asegurar sus intereses. Una de ellas dice que si seguimos regulando los alimentos ultra procesados eso va a derivar en que se prohíba o restrinja el acceso a la comida peruana. Otra sostiene que la comida chatarra solo llega a un porcentaje mínimo de la población. La primera afirmación es casi un chiste y hasta un desprecio a la culinaria nacional. La segunda no cuenta con data objetiva y es como si dijéramos que no existan normas de seguridad en el trabajo porque la mayoría de trabajadores son informales.

Si bien puede haber otros alimentos con contenidos altos en azúcar, grasa o sal, el punto es el efecto que produce el ultra procesamiento de sustancias alimenticias que terminan convertidas en polvos, líquidos o sólidos que concentran sustancias en niveles inadmisibles para la salud. No hay comparación posible entre un fruto extraído de la tierra y un producto elaborado en máquinas luego de pasar por decenas de procesos físicos y químicos.

Los daños que estos productos infringen a la salud de niños y adultos están largamente documentados en relación con las enfermedades crónicas, cáncer, obesidad, malnutrición y sobrepeso. Esos daños cuestan a los sistemas de salud miles de millones de dólares anuales que pagamos con nuestros impuestos. En el caso peruano, el porcentaje de recursos que se dedican a las enfermedades crónicas va en aumento y será insostenible.

Pero los señores de la industria, los medios que reciben su publicidad y el fujimorismo obvian las evidencias y pretenden que nuestros niños y niñas sigan afectando su salud de forma irremediable con la desregulada y exagerada promoción de estos productos. No es casualidad que el Perú sea el país donde la venta de comida chatarra ha crecido más en los últimos años. La industria lo sabe y no está dispuesta a limitar ese mercado.

Un asunto indicativo es que el reglamento haya excluido de toda regulación y advertencias a los sucedáneos de leche materna; las famosas fórmulas que de leche no tienen casi nada. Ello a pesar de su enorme contenido de azúcar y de las evidencias incontrastables de que los niños que la consumieron —frente a determinadas situaciones de salud— tienen muchas más probabilidades de morir y enfermar que los niños que recibieron lactancia materna.

Estamos frente a un asunto de salud pública y de derecho a la salud. Llegará el momento en que los productos ultra procesados deban ser limitados en el mercado o tener impuestos proporcionales al daño que causan en salud. Debido a esta realidad es que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha producido enorme evidencia sobre las consecuencias de seguir afectando nuestra dieta. La propia Asamblea General de la ONU el 2010 estableció como prioridad enfrentar las causas de las enfermedades crónicas como lo es la alimentación chatarra. En el Perú la sociedad civil ha conformado la Plataforma por la Alimentación Saludable, y este lunes 6 estaremos en el Congreso en defensa de la salud de todos.

Noviembre, 2017

## VIII Conferencia Nacional de Salud



El 7, 8 y 9 de diciembre se desarrollará la «VIII Conferencia Nacional de Salud: Por el Buen Vivir, Construyamos la Salud que Queremos», convocada por FOROSALUD. La sociedad civil en salud logra mantener vigente la posibilidad de debatir, construir y elaborar una agenda nacional por el derecho a la salud que se renueva cada dos años desde el 2002, cuando se dio la «I Conferencia Nacional de Salud».

FOROSALUD es una plataforma de organizaciones sociales, ciudadanas, asociaciones civiles, activistas, personas que piensan la salud, trabajadores, que desarrolla básicamente tres ejes: incidencia política por el derecho a la salud; vigilancia ciudadana a las condiciones de la atención, comunicación, difusión; y debate de propuestas en salud. Su potencialidad está dada por apoyar, sumar, visibilizar los esfuerzos que se dan en las distintas temáticas de salud.

¿Dónde apuntamos? Organizaciones de pacientes, de personas con discapacidad, de personas viviendo con VIH o TBC, adultos mayores, mujeres, promotoras de salud, grupos juveniles o de gestores en salud y otros; impulsamos y proponemos cambios para avanzar hacia el objetivo que nos une: el derecho a la salud de todos y todas. Asimismo, articulamos con otros espacios para incorporar agendas como la ambiental, el género y la salud sexual y reproductiva, la alimentación saludable, la medicina alternativa, etc.

FOROSALUD nació en la transición democrática de inicios de siglo, cuando un grupo de personas que había venido trabajando desde sus propios espacios asume que es necesario contar con una plataforma que aglutine conocimiento, capacidad de propuesta y sea capaz de relacionarse con el movimiento ciudadano en salud. Gracias a esas personas, que tuvieron esta idea genial, es que muchos hemos podido seguir impulsando la lucha y el debate por la salud.

Como FOROSALUD hemos logrado: incorporar el derecho a la salud como eje de cualquier cambio en el sistema de salud e introducir la obligación de aplicar los enfoques de género, interculturalidad y derechos en salud. Esto último ha permitido sacar adelante la ley de derechos de los usuarios logrando, además, su reglamentación que hoy permite que el país cuente con el inicio de un sistema de protección de derechos en salud.

A partir de la incidencia de los años 2013 a 2015 logramos la suscripción del «Acuerdo Nacional en Salud», firmado por todas las fuerzas políticas y sociales integrantes del Acuerdo Nacional, que constituye el marco político programático más avanzado en salud, de obligatoria aplicación y referencia. Hemos apoyado los avances de las organizaciones feministas como el protocolo del aborto terapéutico y la lucha contra la violencia

hacia la mujer; seguimos impulsando la necesidad de la alimentación saludable, el cannabis medicinal o el acceso a medicamentos.

Y algo fundamental: los procesos de vigilancia ciudadana a los servicios de salud, que nos han permitido modificar situaciones ahí donde las personas son desatendidas, maltratadas o afectadas por la mala práctica. Todo ello nos da la legitimidad para ser interlocutores con las autoridades tanto en lo nacional como en lo regional. Siendo una de nuestras riquezas la vigencia de 18 Foros Regionales de Salud que desarrollan acciones en sus territorios.

Luego de la VIII Conferencia, se llevarán las elecciones para contar con una nueva Coordinación Nacional y Coordinaciones Regionales, encargadas de sacar adelante la «Declaración Política en Salud» que apruebe nuestra asamblea el sábado 9 de diciembre. Hoy apostamos por un sistema de salud universal, que integre los fondos de salud y las redes de servicios, que abra la atención para todos por condición de ciudadanía superando las distinciones SIS o ESSALUD, partiendo desde la atención primaria y la medicina familiar.

Ser parte de FOROSALUD y aportar desde nuestras capacidades es una de las mejores experiencias que a algunos nos ha tocado vivir. Ahora deberemos debatir y aprobar una agenda que permita sumar, reconocernos, reagrupar, incluir y llevar al país a ese momento en el que todos y todas seamos iguales en salud.

Noviembre, 2017

# Salud, transporte y discapacidad



Las 52 muertes en Pasamayo son responsabilidad compartida: Estado, sociedad y personas debemos reaccionar. Los cerca de 3,000 muertos al año en el Perú, producto de accidentes de tránsito, son parte de los 1 millón 200 mil víctimas mortales producidas en todo el mundo anualmente. Por cada uno de los fallecidos, hay en promedio 30 personas que sufren traumatismos y un grupo considerable queda en discapacidad temporal o permanente.

Por ello, la Asamblea de las Naciones Unidas declaró en 2010 el «Decenio de Acción de la Seguridad Vial 2011-2020». Los cinco pilares son: Gestión de la seguridad vial; Vías de tránsito y movilidad más seguras; Vehículos más seguros; Usuarios

de vías de tránsito más seguros; Respuesta tras los accidentes. La situación desnudada en cada nuevo accidente en el Perú revela que no tenemos estrategias idóneas al respecto.

La atención de los accidentes de tránsito es un calvario. El debilitamiento del SAMU con la inexplicable reducción de su personal, sumada a la inexistencia de un Sistema de Atención de Emergencias, limita aún más el acceso oportuno y adecuado en estos casos. Toda ciudad que se respete cuenta con un Sistema de Atención de Emergencias que obliga a que todos los servicios, sean públicos o privados, prioricen estos accidentes. Eso no sucede en el país y en muchos casos los pacientes hasta son rechazados en los hospitales.

A ello se suman las limitaciones, debilidades e incentivos perversos del SOAT. Si bien en primera instancia se cuenta con un monto de 20 mil soles para la atención, en muchos casos este es superado y se genera el enredo burocrático y administrativo con ESSALUD, el SIS o el seguro privado para la continuidad. Asimismo, el trámite para que la atención se produzca no es aún directo. Es necesario que SUSALUD señale las barreras y aplique sanciones.

Para los que quedan en condición de discapacidad, la situación se torna crítica. Las familias ven afectados sus ingresos por la imposibilidad de continuar el trabajo, y se genera un gasto exorbitante producto de las nuevas necesidades de tratamiento, rehabilitación o prótesis en caso de amputaciones. La vida nunca vuelve a ser la misma. A ello se suma que el SIS a la fecha cubre sólo una parte de las rehabilitaciones demandadas y contados casos de prótesis. Si bien ESSALUD tiene mayor alcance y una pensión por discapacidad, el calvario no se soluciona.

En los últimos 15 años son más de 100 mil peruanos los afectados por diversos grados de discapacidad producto de los accidentes de tránsito, pero solo contamos con el Instituto Nacional

de Rehabilitación de Chorrillos (MINSA) para la atención especializada relacionada al SIS. En el caso de ESSALUD también estos servicios se concentran en Lima. Pero más allá de los servicios, las necesidades familiares y las limitaciones sociales son el problema de fondo.

La magnitud y continuidad de los accidentes de tránsito demuestran que principalmente la responsabilidad es del Estado, que no ha podido responder a la precarización todas las formas de transporte público; se ha desregulado su desarrollo, se ha desvalorado las concesiones de carreteras al no exigir claras medidas de seguridad a las empresas contratistas. La responsabilidad pública se ha debilitado. No es casual que el ministro de Transportes Bruno Giufra eche toda la culpa al exceso de velocidad, y que antes que representante público parezca defensor de las empresas concesionarias.

La responsabilidad estatal no deja de lado la empresarial, social e individual. Las empresas concesionarias ni siquiera colocan sus recursos para nueva infraestructura sino que los palenquean con los peajes, incumpliendo además medidas de prevención obligatorias. Como sociedad, nuestra reacción —igual que en otras consustancias— es de escándalo inicial e indiferencia permanente. No somos capaces de enfrentar colectivamente esta pérdida de vidas continua. Y como personas no cumplimos adecuadamente las reglas de tránsito, al punto que como conductores o peatones cuando alguien las cumple o exige que se cumplan, le ponemos mala cara.

Enero, 2018



# Francisco y la TBC



La visita del Papa nos recuerda que la TBC no decrece y que para enfrentarla necesitamos sobre todo trabajo comunitario. El Papa Francisco tiene un solo pulmón, el otro le fue extirpado producto de las consecuencias de la TBC que lo afectó en su juventud. Hoy el Papa visita el país que posee una de las incidencias más altas de TBC en América, a pesar de que nuestros indicadores económicos hace mucho debieron traducirse en una reducción de la enfermedad.

El 2016 se registraron oficialmente 27,094 nuevos casos nuevos casos de TBC sensible; 1,381 casos de TBC Resistente (TB-MDR), cuyo tratamiento asciende a unos treinta mil soles; y 121 casos de TBC Extremadamente Resistente (TB-XDR), la forma más grave que requiere un tratamiento que cuesta más de

100 mil soles o intervenciones quirúrgicas como aquella que le salvó la vida al Papa. A pesar de la entrega de medicamentos y de la canasta de alimentos, la enfermedad no decrece.

Uno de los problemas es que la persona afectada con TBC debe tomar sus medicamentos tres veces a la semana en el mismo centro de salud u hospital, ya que esa es la forma en que el sistema de salud asegura la medicación; hasta hace unos años el esquema era de dos veces a la semana. Ello implica que la persona que trabaja deba perder tres medios días laborales. Teniendo en cuenta el transporte en ciudades como Lima, significa en muchos casos perder varias horas de trabajo a la semana.

A los empleadores, como es obvio, no les conviene contratar trabajadores que deben ausentarse varias horas de su centro laboral, lo que genera un círculo vicioso para el incumplimiento del tratamiento que deriva en abandonos y que una TBC sensible se convierta en resistente. En los menores de edad se ve afectada su vida escolar, incluyendo la discriminación. Asimismo, el tratamiento obliga a uno de los progenitores a dedicar mucho de su tiempo para llevar al menor al centro de salud. A ello se suma que el Perú no compra medicamentos para TBC pediátricos, lo cual lleva a un tratamiento no óptimo ya que se deben preparar dosis para con los medicamentos disponibles.

El adecuado tratamiento de la TBC implica no solo la disponibilidad de medicamentos (que en el Perú existen), sino el trabajo comunitario y social con los propios afectados y con las Promotoras de Salud. El personal de salud no tiene el alcance suficiente ni medios para desarrollar el seguimiento del tratamiento, el apoyo psicológico y motivacional, la supervisión de la entrega de la canasta de alimentos, la detección de casos no identificados por el centro de salud en el territorio.

Se requiere un mayor y decidido apoyo a las pocas organizaciones de afectados con TBC, conformadas por personas que han superado la enfermedad, que conocen de cerca todo lo que ello significa y trabajan con afectados que llevan el tratamiento. Asimismo, es necesario articular con las Promotoras de Salud una estrategia financiada que les permita desarrollar un trabajo semivoluntario (que en pocos casos ya se da) para apoyar el seguimiento del tratamiento, la labor comunitaria y la detección en el territorio.

A ello hay que sumar los alcances de la tecnología para el seguimiento del tratamiento. En algunos países ya se práctica la certificación vía teléfono celular: el paciente remite el servicio de salud el video en el que está ingiriendo la dosis del día. E incorporar a sectores no públicos, como boticas o servicios privados, para la entrega y aplicación de las dosis diarias, permitiendo a los pacientes contar con lugares más cercanos a sus rutas diarias para acceder al tratamiento.

Las organizaciones de personas con TBC vienen denunciando que desde el 2015 se han paralizado las operaciones de tórax para casos muy graves, afectando hasta septiembre de 2017 a 134 personas en lista de espera. Estas operaciones son la única forma de salvar la vida para ciertos caso de TBC; la misma operación que salvó la vida del Papa Francisco a la que no acceden hoy un grupo de peruanos sobre todo por falta de decisión política.

Enero, 2018

## Medicamentos: monopolio anunciado



El movimiento económico en medicamentos se compone: 1) compras estatales: compras corporativas y compras de determinados medicamentos de forma directa; 2) ventas en boticas privadas: cadenas de boticas y boticas independientes; 3) venta en boticas de las clínicas privadas. Para el 2014 este mercado ascendía a 2,000 millones de dólares. Para el 2018 debe estar alrededor de los 2,500 millones de dólares, unos 8,000 millones de soles.

El Estado vía MINSA, Gobiernos Regionales y SIS, compra unos 1,500 millones de soles (incluidas vacunas); y ESSALUD 900 millones. El MINSA y ESSALUD hacen una gran compra corporativa, pero luego deben comprar de forma directa a laboratorios, sobre todo transnacionales, medicamentos específicos para enfermedades como el cáncer y otras de alto costo; este último campo es distinto en su naturaleza al mercado privado ya que el Estado entrega los medicamentos sin que medie pago del usuario.

El mayor espacio de comercialización de medicamentos es el de las boticas, que se divide en: 1) 14,000 boticas independientes, gestionadas sobre todo por químicos farmacéuticos de forma individual. 2) Cadenas de boticas con cerca de 2,000 locales. Con la compra de Quicorp (Mi Farma, BTL, FASA) por parte de Intercorp (Inka Farma), Intercorp ahora es propietaria de la enorme mayoría de locales de las cadenas de boticas en el país.

En relación a los montos de facturación, con la compra Intercorp controla el 90% de las ventas de todo el mercado de boticas, sumadas las independientes y las cadenas. Si bien no hay cifras oficiales, las ventas de este nuevo conglomerado deben acercarse para el 2018 a los 5,000 millones de soles. Este monto dentro de la estructura del financiamiento de la salud, corresponde directamente al gasto de bolsillo que las familias hacen, ya que los seguros de salud no tienen todos los medicamentos disponibles o sus coberturas no los asumen.

Los voceros de Intercorp sostienen que sólo controlan el 18% del mercado, lo cual es inexacto. El monopolio no se conforma por el número de locales, sino por los montos de venta que ahora les significan alrededor del 90%. El monopolio en la venta privada de medicamentos es un hecho. Asimismo, los defensores del monopolio buscan confundir a la opinión pública señalando que sólo controlan el 40% de total de los medicamentos disponibles en el país, pero ese 40% se refiere a las unidades (número de pastillas). Por diversas razones, distintas a este debate, es el sector público es el que dispone mayor número de unidades.

A esta realidad hay añadir otros elementos: 1) la inducción del consumo a determinados productos (no es casual que el principal producto de venta de las boticas sea la fórmula que imita a la leche); 2) la desregulada y tergiversada publicidad de las cadenas de boticas en la TV; 3) los «incentivos» que se

estarían dando a los trabajadores de las cadenas para orientar a los clientes hacia determinado producto, y los que se dirigirían a los médicos a fin de prescribir medicamentos de mayor costo.

No es normal lo que sucede. En casi ningún lugar del mundo existe tanta oferta desregulada de venta de medicamentos. La publicidad está prohibida en la mayoría de países, porque el medicamento no es una opción sino que depende de la prescripción. Una de las consecuencias de la limitación del rol público en salud es lo que ahora debemos enfrentar: la normalización de la compra de medicamentos como parte de las necesidades básicas.

Si bien como Estado es necesario y prioritario regular los precios y el acceso a medicamentos, tanto en la venta al público como en las compras estatales, lo que en paralelo se debe enfrentar es la necesidad de desmedicamentar la vida de la población. La industria farmacéutica en coordinación con «investigadores» cada cierto tiempo identifica nuevas dolencias y el «medicamento» para enfrentarlas. Tienen la capacidad de cerrar el círculo porque su gran poder envuelve a profesionales, formadores, sectores del Estado. De ese círculo vicioso hay que escapar.

Febrero, 2018

## PPK y los seguros privados



El Estado ha contratado un seguro privado para el Presidente de la República por cerca de 60 mil soles anuales, que cubre asimismo a su esposa e hija. El presidente en su condición de funcionario público cuenta obligatoriamente, así como su esposa e hijos menores de edad, con la protección que le brinda ESSALUD. El presidente tiene el derecho a contratar un seguro privado con sus ingresos. ¿Resulta idóneo que seamos todos los peruanos quienes financemos su seguro a pesar de que cuenta con ESSLAUD?

La pregunta podemos extenderla a una serie de funcionarios públicos a los que el Estado, es decir nosotros, les estaríamos pagando un seguro privado a pesar de que cuentan obligatoriamente

con la protección de ESSALUD. Resulta oportuno que la PCM y el Congreso informen acerca de esto. En el caso de PPK, me queda claro que se trata de una medida que va más allá de la responsabilidad estatal y que se configura arbitraria, teniendo en cuenta las limitaciones financieras del Estado y la precariedad del sistema de salud que enfrentamos todos.

Si lo colocamos en montos, de los 60 mil soles del seguro privado del presidente, esposa e hija, estamos destinando 20 mil soles anuales a cada uno de ellos. Mientras que el MINSA/SIS destina 300 soles anuales por cada afiliado y ESSALUD 1,000. Además, el seguro contratado es bastante elevado en su costo si lo comparamos con el promedio anual de unos 3,000 soles por persona en el sistema privado.

Más allá del dinero, lo que se cuestiona es el mensaje. En cualquier país que busque fortalecer lo público, el Presidente de la República debería ser el primero en tratar sus problemas de salud en las instituciones públicas. Si bien ESSALUD tiene problemas de todo tipo, es obvio que para el presidente eso sería distinto. Similar mensaje lanzó hace unos meses un presidente ejecutivo de ESSALUD, cuando pasó de la planilla con un sueldo determinado a la modalidad de honorarios profesionales con un monto mayor; dejó de estar en la planilla del Estado para recibir su pago por terceros, lo que implica desafiliarse de ESSALUD y atenderse en un seguro privado siendo el presidente ejecutivo.

Los seguros privados de salud existen en todos los sistemas, seguirán existiendo y se fortalecerán en la medida en que el sistema público no cumpla adecuadamente sus funciones y limite la universalidad. Que sean privados no significa que el Estado no deba regularlos. Al contrario, se requiere una adecuada regulación que en el Perú es bastante limitada e inexistente en ciertos



aspectos. Por ejemplo, las primas vienen subiendo año a año sin sustento técnico ni estructuras de costos identificables.

El crecimiento de estos seguros ha sido en cierta medida inducido. Cuando en los noventa se intentó la privatización de ESSALUD, que no se produjo debido a las resistencias, sí se logró introducir una cuña privatizadora al establecerse como opcional que los trabajadores en planilla puedan destinar el 25% de su aporte a una EPS para recibir la «Capa Simple». Ese ha sido el flujo constante de ingresos que les permitió palanquearse desde fines de los noventa por casi una década, así como enganchar a muchos asegurados ofreciendo «Planes Complementarios» a la capa simple por un pago extra.

En la actualidad deben existir más de 2 millones de contratos de seguro de salud privados, tanto en las EPS relacionadas a ESSALUD y el trabajo formal, como de seguros privados que ofertan planes específicos, clínicas que ofrecen seguros prepagados o entidades tipo ONCOSALUD (con más de 700 mil afiliados) que brindan coberturas puntuales. Este mercado está alrededor de los 2,500 millones de soles anuales producto de las primas.

La característica principal del seguro privado es que casi nunca cubre todas las necesidades. Obliga a co-pagos o deducibles, es decir, a pesar de que se prepagan montos elevados hay que desembolsar más dinero en momentos críticos; todo dependiendo del monto que se haya invertido en la prima. Características opuestas a la de los sistemas públicos y universales de salud, que son financiados solidariamente anulando el pago, y al ser integrales buscan atender todas las necesidades de salud.

Noviembre, 2018

## A un año del negociazo y nada



Se ha cumplido un año del escándalo Moreno donde todo el país se enteró de una de las formas en que los corruptos se roban el dinero de la salud. A la fecha, el MINSA no ha planteado ninguna política anticorrupción y Moreno no tiene ningún proceso penal abierto ni sanción profesional. Mientras que el SIS, que a raíz del hecho fue sacudido por una Comisión Interventora que emitió un informe con propuestas de reforma, no ha implementado cambios sustantivos.

La corrupción en los sistemas de salud se lleva entre el 5 y 10% de sus recursos (Informe Global de la Corrupción en Salud – Transparency International). El 5% para el caso peruano son unos 800 millones de soles en el MINSA y unos 550 millones en ESSALUD. Más de 1,300 millones anuales con los que se podrían construir 5 hospitales de alta complejidad, repotenciar los 300 centros de salud 1-4 que tiene el país o comprar casi todos los medicamentos del MINSA durante un año.

Las formas de corrupción en salud están plenamente identificadas: compras de medicamentos e insumos infladas en decenas de Unidades Ejecutoras en todo el país, debido que el MINSA —vía compras corporativas— adquiere sólo el 60% de la necesidad anual; sustracción de insumos y medicamentos para venderlos en el mercado; sobrepuestos en bienes y servicios contratados; derivación de pacientes a consultorios o clínicas particulares donde los profesionales atienden; coimas para ser atendidos antes que otros pacientes en grandes hospitales; acuerdos y otros incentivos entre profesionales y farmacéuticas para introducir ciertos medicamentos; cobro de bonos sin haber desarrollado la labor que se incentiva como en el caso del Bono de Atención Primaria; negociados en construcciones; etc.

¿Si todos conocen la magnitud y formas en que opera la corrupción en salud por qué no se hace nada? Sucede que los amarres son muy fuertes, las áreas de compra de hospitales y redes en varios casos están capturadas por agentes de la corrupción. No es casual que nunca se pueda resolver el desabastecimiento de medicamentos en los hospitales. Hay trabajadores que favorecen a proveedores con retrasos administrativos, ya que mientras más urgente sea la compra podrán elevar los precios aún más. También, las resistencias a reformas desde algunos grupos de trabajadores, en ciertos casos, buscan mantener la misma situación y no modernizar el sistema porque en la precariedad es más fácil sacar provecho indebido.

¿Se ha preguntado usted por qué en el 2017 MINSA y ES-SALUD no pueden estar interconectados, o por qué en el MINSA existen sistemas informáticos no conectados, o por qué el Loayza y el San Bartolomé estando a 50 metros no pueden transferirse información? Pues porque hay intereses a los que no les conviene

que los procesos sean homogéneos y rápidos. Hace años se habla de unificar los sistemas de información sin resultados a la vista.

Si bien las políticas institucionales anticorrupción son necesarias y las seguimos esperando, la acción y participación de la sociedad organizada es clave para combatir la situación. El sistema de salud en su conjunto, las redes y los hospitales, deben rendir cuentas del uso de sus recursos y del cumplimiento de sus responsabilidades. Es necesario dejar de mirar los 8,500 establecimientos públicos de salud como algo ajeno, para pasar a recuperar el sentido de pertenencia. Esos miles de establecimientos y todos los recursos que por ellos discurren son nuestros, un patrimonio común, y lo que es propio hay que cuidarlo y mejorarlo.

El caso Moreno solo es la evidencia de cómo se manejan muchos asuntos en el sector salud. Hay tantos negociazos como situaciones de aprovechamiento indebido que se pueden generar en las 25 regiones. Hay tantos negociazos como descuido e indiferencia desde la sociedad tenemos hacia el sistema público de salud. Habrá más negociazos mientras sigan estando por delante los intereses corporativos de los trabajadores, antes que la decisión de transformar la atención de salud. Habrá aprovechadores mientras las autoridades se dejen llevar por lo inmediato.

Es momento de comenzar a crear los mecanismos y generar las corrientes ciudadanas que hagan entender a la población que la corrupción en salud mata, que cada sol robado puede contribuir a salvar o mejorar vidas.

Octubre, 2017

# **Ministros y trabajadores**



## Carta al ministro de Salud



Señor ministro de Salud, Fernando D'Alessio, ha sido usted designado responsable del ministerio que tiene a su cargo el derecho humano más importante, debido a que la salud es lo que garantiza el goce de los demás derechos. Frente a lo declarado en RPP, que cuando recibió la llamada de PPK asumió que le propondrían la cartera de educación, eso nos ha generado inquietud. No es una cuestión de perfiles profesionales lo que preocupa, sino la cercanía y contacto a corrientes de pensamiento, conceptos, intereses y dinámicas que se dan en la salud, y que usted ahora está conociendo.

Mencionó asimismo que dada su experiencia en la formación gerencial, había recibido el encargo de reorganizar el sistema de salud. Esto es una aspiración que desde hace años se viene empujando con limitados resultados, debido a carencias objetivas y políticas inadecuadas que no se han podido superar.

Lamentablemente, desde los gobiernos se sigue pensando que debemos mantener un acceso a salud diferenciado, que segmenta a la población limitando el avance hacia la ciudadanía y la igualdad de derechos. Me refiero a esos dos grandes sistemas públicos de protección SIS y ESSALUD, que deben orientarse a una integración para proteger a toda la población.

Por ello, alarma que usted haya afirmado que el SIS «solo es para población que realmente lo necesita». Eso es errado. Todos los peruanos y peruanas tenemos derecho a estar protegidos y necesitamos atender nuestra salud. Sería un error con gran costo social que se mantenga, desde el MINSA, la idea de sacar del SIS a casi la mitad de sus 16 millones de afiliados. Lo que corresponde, señor ministro, es fortalecer el SIS, ampliar su alcance a todos los que no tienen ESSALUD, y crear los mecanismos de sostenibilidad financiera necesarios. Hasta el MEF lo ha entendido. Por eso proyecta darle 2,220 millones para el año que viene, 700 millones más que en el 2017.

Hemos visto también su visita al Hospital Loayza, en la que ha podido percibir el colapso y caos hospitalario producto de la limitada oferta y la falta de gestión. Pero, sobre todo, oír a los pacientes denunciando el absurdo enredo burocrático y administrativo que debemos sufrir para lograr una atención, con peloteos interminables, exigencias absurdas, ausencia de sistemas informáticos, indolencia en muchos casos y desatención resultante.

Y así llegamos al punto que usted señala como su fuerte, la capacidad de gestionar adecuadamente una organización. Es un énfasis necesario, pero es básico que se diferencie la gestión privada de la gestión pública. Para ello hay que comprender que si bien puede haber aspectos que las conectan, la naturaleza y el objetivo de ambas es diferente, ya que en una hay clientes y en otra ciudadanos con iguales derechos, no con lo que manda su billetera.



Le comento que el sistema de salud no tiene una lógica de gestión definida y en ciertos casos no tiene gestión. Por eso, sus pocos recursos no fluyen de la mejor manera. Si bien hospitales, centros y puestos con sus trabajadores brindan decenas de millones de atenciones cada año, protegen y salvan vidas, sin duda con organización y gestión territorial se podría mejorar los alcances de nuestros 8,000 establecimientos. Hace poco hubo un intento de ordenar la gestión con la conformación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, pero su predecesora —en pared con el Congreso y el corporativismo gremial—, desactivó un intento que, si bien pudo tener errores, debía persistir.

Señor ministro, si realmente quiere emprender la tarea de reorganizar e integrar las redes MINSA y ESSALUD, no bastarán la prospectiva hacia resultados ni las técnicas de gestión que pueden tener éxito en lo empresarial. En el sector salud tenemos 250 mil trabajadores (no colaboradores como los llaman), casi 30,000 millones de soles de recursos públicos, 31 millones de peruanos y peruanas con derechos más allá de una afiliación. Pero, sobre todo, un país diverso en todo sentido, con culturas vivas no homogenizables como el Singapur que usted suele citar, a las que hay que reconocer y aprender de sus saberes en salud.

El sistema de salud que tenemos es espejo de nuestra sociedad en discriminación, corrupción y desorganización; pero también, como muchos peruanos, da más de lo que puede con lo poco que tiene. Por eso, mejorar la salud significa cambiar a nuestra sociedad, que hasta ahora no asume que los sistemas públicos como el de la atención de salud, son puntos de encuentro en donde todos debemos recibir lo mismo sin ninguna condición.

Ese es su reto ahora señor ministro de Salud, reto que rebaza una gestión. Es un reto nacional. Creo que le puede ser de utilidad el diálogo horizontal con todos los que tengan algo

que proponer, demandar o expresar desde la ciudadanía. Recoger la experiencia de decenas de funcionarios del MINSA y de regiones, así como generar una dinámica que valore y replique los cambios que muchos trabajadores hacen en sus espacios — con sentido común— en pro de la población. Además, tiene la responsabilidad de implementar el Acuerdo Nacional en Salud aprobado en agosto de 2015. El Ministerio de Salud que usted hoy dirige y el sistema de salud nos pertenecen a todos, y por eso luchamos para lograr el derecho a la salud.

Septiembre, 2017

## Salinas en el MINSA



Abel Salinas conoce el sistema de salud y su problemática. Ha sido director ejecutivo del Hospital María Auxiliadora (uno de los más complicados del país), superintendente adjunto de SUSALUD, director de la Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de Salud, asesor del despacho vice ministerial. Por eso, la exigencia de una adecuada conducción y cambios en el sector debe ser inmediata y enfática.

Salinas ha insistido en la necesidad de lograr un pacto por la salud con todos los actores sanitarios. Me tocó interactuar con el actual ministro en las discusiones que derivaron en el Acuerdo Nacional en Salud, suscrito en agosto de 2015. Salinas participó en algunas sesiones como representante del APRA y yo en representación de FOROSALUD.

El discurso convocante del nuevo ministro contrasta con su primera actividad pública luego de ser designado: el almuerzo

con los médicos apristas, cantando el himno de su partido y posterior intervención de Jorge del Castillo. Más allá de ello, tener a Salinas en el MINSA es cualitativamente superior a las gestiones anteriores encabezadas por García y D'Alessio.

Si el nuevo ministro tiene en realidad la voluntad de construir una salud distinta, está en sus manos —sin dejar de atender lo urgente y el absorbente día a día— la posibilidad de desarrollar ese pacto por la salud, tomando como base política programática el «Acuerdo Nacional en Salud», del cual participó en su deliberación. Como se lo hemos hecho saber, desde la sociedad civil estamos en la plena disposición para ese diálogo y priorización de medidas.

Si bien el contexto y devenir político económico de este periodo de gobierno es incierto, sí es posible y necesario recuperar el sentido de la conducción del MINSA priorizando un conjunto de medidas en ejes clave: acceso y calidad de los servicios; conformación de redes territoriales que respondan a la necesidad de la población desde un primer nivel potenciado; ordenamiento remunerativo y optimización del desempeño de los trabajadores; gestión, organización y progresiva integración del sistema nacional de salud.

Hemos soportado 18 meses de una conducción indefinida del MINSA, que en el último periodo se complicó además con el asunto administrativo y legal del indulto de Alberto Fujimori, posteriormente revertido. Si bien el ministro Salinas, como ha dicho, no se va a referir al indulto, lo que sí le corresponde es identificar si hubo irregularidades en ese asunto político.

El ministro ha pedido que nos indignemos junto con él frente a la anemia que afecta a más del 40% de niños, frente a la mortalidad materna que el 2017 ha sido mayor que en el 2016, frente a la mortalidad neonatal que implica miles de niños invisibles

muertos cada año. Estamos de acuerdo. Por eso, le pedimos al ministro Salinas que con la misma fuerza nos indignemos y combatamos la corrupción, el mal entendido corporativismo profesional que traba reformas, el maltrato constante a los pacientes en los hospitales del MINSA y ESSALUD, la violencia obstétrica que se expresa también fuera del quirófano en partos en pasillos y baños, el abuso de la industria farmacéutica que impone precios e introduce tratamientos muchas veces innecesarios. Es decir, medir con la misma vara a todos los que se aprovechan de la salud.

El ministro Salinas pertenece a esa entidad amorfa que se puede denominar la comunidad de salud del país, es decir, las personas que trabajamos desde distintos roles en la salud pública. Los exministros o exfuncionarios del MINSA se acuerdan de la comunidad de la salud cuando dejan de ser autoridades. Salinas la ha identificado al inicio de su gestión, lo cual es atendible. Debe entonces encargar a gente capaz de establecer el diálogo constructivo en busca de acuerdos para que estos se desarrollen desde ya.

Como decía líneas arriba, la situación nacional es compleja y no sabemos si el gobierno sobrevivirá, pero eso no impide que los que estamos en salud pongamos por delante el derecho de la gente y la aspiración compartida de lograr el sistema que el país merece. Usted dirá señor ministro.

Enero, 2018

## Pacto sin impacto



El ministro Salinas propone lo que denomina «Pacto por la Salud». Ha reiterado que no viene a hacer reformas, sino a trabajar algunas grandes líneas. El jueves presentó los alcances del pacto en una sesión ampliada del Consejo Nacional de Salud. Se trata de orientaciones de política generales que no aterrizan en objetivos ni medidas operativas concretas; no se observa la urgencia necesaria que el sistema de salud requiere enfrentar. Ni se considera el Acuerdo Nacional en Salud suscrito en agosto de 2015.

A un mes de haber asumido la conducción del MINSA, aún no se define la orientación sobre los problemas más agudos que enfrenta la salud. Las 15 láminas del PPT «Pacto por la Salud» son más un ejercicio interno de ordenamiento de las ideas sueltas en el ministerio, que una propuesta clara de gestión y acción. El país necesita compromisos inmediatos y medibles en este año, así como recuperar las bases de la universalización.

Mientras no se vea el sistema de salud como un conjunto, ESSALUD permanezca invisible en las ideas y medidas del MINSA, y unos 5 millones de «no afiliados» estén a la deriva en la protección de su salud, como país seguiremos envueltos en la imposibilidad de construir un acceso homogéneo y solidario. Y no se trata de unificar de un día para otro los dos sistemas de atención, sino de encontrar puntos de inflexión para hacer efectivo el acceso. Eso pasa por algo que se repite y nadie atina a efectivizar: fortalecer el primer nivel de atención con la estrategia de Atención/Cuidado Primario de la Salud (APS).

Pero la APS no podrá ser aplicada mientras en un territorio determinado los alcances del MINSA solo sirvan para atender a unos y no a otros. Mientras persista la diferenciación de coberturas y formas de acceso entre los afiliados al SIS y los de ESSALUD. Imagine usted que en su distrito hubiera Colegios Públicos SIS y Colegios Públicos ESSALUD, y que a unos vayan los pobres/vulnerables y a los otros los que tienen sueldo fijo a fin de mes; y que en el Colegio SIS se den menos cursos para los niños que en el Colegio ESSALUD. ¿Alucinante verdad? Así es en salud.

Entonces, si buscamos un «Pacto por la Salud» lo primero es asumir que un pacto no es unilateral, sino producto de acuerdos mínimos construidos en procesos simples pero claros. Y que debe fijar compromisos concretos para los miles de miles de personas que o son desentendidas por temas normativos, o no se les respeta el derecho por situaciones como maltrato, desidia, corrupción, mala gestión, en suma precariedad y desorganización.

Insistiré, una vez más, en que las críticas no significan que nada funcione. El sistema de salud brinda más de 100 millones de atenciones cada año, salva vidas, extiende tratamientos. Pero eso lo hace funcionando por inercia, plagado de enrevesados trámites que limitan los tiempos que se deben dedicar a

atender. El sistema necesita de un impulso decidido que sólo el MINSA puede dar, que llegue a las 26 Direcciones Regionales de Salud e irradie el objetivo de mejora y transformación.

Es cierto que el ministro Salinas tiene los límites que el gobierno mantiene; pero se trata de alguien que conoce el asunto. Se necesita arriesgar algo, jugársela por temas clave que puedan generar dinámicas que descentren la inercia: 1) Primer nivel abierto a todos los habitantes de un territorio; 2) Disponibilidad de medicamentos en el sistema público; 3) Manual de advertencias de la comida chatarra; 4) Iniciar el freno a la TBC con participación comunitaria; 5) Detener el debilitamiento del SIS; 6) Interconectar para tener información precisa y facilidad de acceso. Y en los otros grandes temas abrir la discusión para establecer rutas para la sostenibilidad financiera, la formación de profesionales y la integración operativa en el marco de las redes integradas.

Febrero, 2018



## El Gareca de la salud



La clasificación demuestra que, a pesar de las limitaciones objetivas y subjetivas, cuando se toman decisiones adecuadas identificando a las personas capaces de desarrollar las acciones, los retos más lejanos pueden cumplirse. Sustener que el Perú puede contar con acceso a salud universal, de calidad y adecuadamente financiado para todos, resulta tan difícil de creer como hace dos años afirmar que estaríamos en Rusia 2018.

Sostengo que es viable lograr un cambio radical en nuestro sistema de salud en diez años que supere la diferenciación entre peruanos, logre eficiencia y eficacia, eleve la calidad y el trato, reorganice descentralización y gestión, y sostenga el financiamiento. Pero para eso debemos contar con un GARECA que se gane el apoyo del país poniendo orden, cortando argollas

corruptas, convocando a los que saben, pensando en los 32 millones de peruanos con el objetivo claro: derecho a la salud.

Clasificar al Mundial de la Salud significa lograr indicadores de los países que cuentan con mejor salud y sistemas abiertos a todos sus ciudadanos; no contentarnos con avances limitados, ni con el adormecimiento de muchos de los que gestionan la salud. Urge salir del acostumbramiento de que el sistema, además de no atender bien, afecte con sus mil enredos el desenvolvimiento de la gente. Así como Gareca conoce de fútbol porque lo ha vivido siempre, el conductor de la salud nacional y su comando técnico/político deben conocer el sistema a profundidad.

Pero para que la gente le tome confianza al proceso de universalización de la salud, el comando técnico debe demostrar que los hospitales y centros de salud comienzan a funcionar mejor, que los jugadores/trabajadores ponen más esfuerzos al servicio de la comunidad, que la gente sea atendida igualitaria y fluidamente sea pobre o no. El peruano sabe apoyar cuando las cosas comienzan a funcionar.

Así como en el fútbol, en salud estamos atrapados en el mito de la imposibilidad. Hemos tenido chispazos en el MINSA o ESSALUD como los de Cienciano en la Sudamericana o alguna actuación decorosa en la Copa América, oportunidades no aprovechadas como contar con todas las facultades para legislar y no llegar al área chica, y desastres de personas que llegaron con pergaminos como Autouri o Maturana y terminaron desarmando los avances.

Pero así como en las canteras de barrio sin apoyo de la FPE, en la pista de cemento, en la arena de la playa, en el pasto de la sierra o en el barro de la selva, la cantera de la salud produce tremendos jugadores que con mínimo o ningún apoyo del MINSA o de sus DIREAS voltean partidos difíciles, pero enfrentan

la indiferencia y el centralismo burocrático. El Gareca de la salud y su comando tendrán que identificar a esos miles de trabajadores con voluntad de cambio y darles el titularato en sus territorios.

Así como hemos visto que en la selección los jugadores son funcionales a la estrategia, en la cancha de la salud no hay espacio para caprichos: cada cual con su capacidad y conocimiento debe jugar en la posición en que sea más útil al objetivo común. Eso significa que las profesiones de la salud dejen de considerar que ciertos espacios son de su propiedad, y que se comprenda que la atención de salud es más amplia que la consulta o el procedimiento médico. No importa si el gol lo mete el delantero Guerrero o el defensa Ramos, lo relevante es curar, promocionar y prevenir.

Los 36 años sin estar en el mundial nos han parecido una eternidad, pero tenemos casi 200 sin poder entregarnos el derecho a la salud que merecemos. Mientras eso este pendiente no seremos un país completo. Tomemos el ejemplo de la clasificación, entendamos que no hay metas imposibles para un país que se pone objetivos, motivemos la corriente necesaria para transformar la salud; y sobre todo sepamos reconocer capacidades, conocimientos y la experiencia de vida en cada ciudadano desde la voluntad de avanzar hacia el derecho a la salud.

Noviembre, 2017

## ¿Tómbola ministerial en salud?



Al momento de escribir estas líneas no se conoce aún el nombre del nuevo ministro o ministra de salud que designará Martín Vizcarra luego de asumir la presidencia. En estos días hemos visto ese juego de rumores, intensiones y desubicaciones, tan divertido para influir en la designación: colectivos virtuales proponiendo salvadores de la salud, autovoceados salubristas, mini campañas de «científicos», congresistas que en año y medio no han logrado nada por la salud proponiéndose, cartas exigiendo un médico nombrado, dos gatos irrogándose la representación de la sociedad civil, partidos presionando y demás hierbas prejuramentación.

Más allá de eso, el problema es que el MINSA puede ser moneda de cambio en la negociación política mayor. Y si bien a

veces se ha atinado en el nombramiento ministerial, la tómbola hace que lo avanzando se ponga en riesgo o simplemente se anule. Esperemos que Vizcarra y Villanueva demuestren que se han dado el trabajo de acercarse a la dinámica de la última década en el sector salud, ya que sin ese acercamiento les será muy complicado tener una adecuada decisión.

Con limitaciones, problemas históricos y estructurales irresueltos en el sistema de salud, el gobierno de PPK recibió en agosto de 2016 un sector que había colocado ciertos carriles y priorizado orientaciones, que desde una conducción coherente pudieron haber desencadenado dinámicas mayores. Pero a PPK el MINSA le importó poco y designó a Patricia García, que sin entender su responsabilidad tuvo que irse. Luego PPK colocó al marino D'Alessio, cuya gestión fue pura inercia y se le recordará por el indulto a Fujimori.

A inicios de 2018 llegó Abel Salinas, un salubrista con experiencia de gestión hospitalaria y recorrido en el sistema, que desde su lógica comenzó a recuperar el sentido del MINSA, tomar algunas decisiones clave, estableciendo canales de diálogo y participación relevantes; pero luego del mensaje a la nación del presidente Vizcarra, la gestión de Salinas llegó a su fin. Si bien como es natural ha habido errores, el balance de estos tres meses es positivo. Es aprista gritan algunos; pero lo importante es que es salubrista.

Un salubrista es alguien que puede provenir de cualquier profesión de la salud o de otra rama del conocimiento, pero que ha sido absorbido, capturado, enrolado por ese fascinante campo del desarrollo social, político y cultural que es la salud pública. Alguien que entiende las dinámicas de los sistemas de salud, sus alcances, posibilidades, complicaciones y, para el caso del MINSA, que conozca de cerca la situación actual, los actores y lo que

hoy está en juego no solo en los servicios de salud, sino fuera de estos, en la salud colectiva.

Si al MINSA llega alguien sin estas características será difícil avanzar, porque para jugar en la selección nacional hay que parar bola y haber metido goles. Así como el fútbol nos ha demostrado que cuando el equipo es conducido por alguien con la capacidad técnica y tino para ejercer autoridad, colocando a cada cual en su puesto, en salud hay un buen grupo de personas que podrían analogar lo que Gareca nos ha posibilitado.

Frente a la desesperanza que en la mayoría de casos nos genera el sistema de salud, debe quedar claro que sí es posible iniciar las transformaciones necesarias con los recursos de todo tipo que tenemos, si es que pintamos en la pizarra la táctica y en el horizonte la estrategia. Cuando el equipo de salud comience a jugar bien, a mejorar su respuesta colectiva y la hinchada lo perciba, se fortalecerá la legitimidad para continuar y exigir profundizar los cambios.

Esperemos que Vizcarra y Villanueva demuestren haber entendido su reto con la salud. Es prioritario cuidar el MINSA, no dejarse presionar o prestar oídos a los intereses que siempre rodean estas decisiones. Ambos han gobernado regiones teniendo contacto con las limitaciones de nuestro sistema de salud. Su decisión es un asunto que implica el respeto al derecho a la salud de los peruanos y peruanas, que estamos incómodos con que lo poco avanzado se detenga por malas decisiones gubernativas.

Marzo, 2018

# Personas que atendemos personas



En el frontis del Ministerio de Salud desde hace más de 15 años se puede leer: «Personas que atendemos personas». Quizá sea una de las frases que mejor expresa el sentido y la obligación del sistema de salud para con la población; pero también lleva a preguntarnos si como sociedad y como Estado hemos hecho lo necesario para que esas personas, que atienden personas, puedan desarrollar su labor de forma idónea.

Nuestro sistema público cuenta con 250,000 trabajadores. De los cuales 180,000 pertenecen al MINSA (incluye a los gobiernos regionales), 54,000 a ESSALUD, 6,600 a las FFAA (Sanidad del ejército, marina y aviación), 6,300 a la PNP, 3,000 al SISOL de la Municipalidad de Lima (información al 2016 Observatorio de Recursos Humanos en Salud MINSA). Un cuarto de millón de peruanos y peruanas que diariamente sostienen el

funcionamiento del sistema, solo superados en la gestión pública por la cantidad de maestros.

De este total, 189 mil son trabajadores asistenciales, es decir los que directamente brindan algún tipo de atención de salud a la población. De estos, 120 mil son profesionales de la salud, 60 mil son técnicos y 9 mil son auxiliares asistenciales. Mientras que los trabajadores administrativos llegan a 65 mil; de los cuales 14 mil son profesionales, 39 mil son técnicos administrativos y 13 mil auxiliares administrativos.

En el caso de los 120 mil profesionales asistenciales de la salud, 42,600 son enfermeras, 40,000 médicos, 15,000 obstetras, 5,700 odontólogos, 2,000 biólogos, 1,900 nutricionistas, 2,700 psicólogos, 2,600 químicos farmacéuticos, 4,800 tecnólogos médicos, 2,100 trabajadoras sociales, y el resto médicos veterinarios, químicos, ingenieros sanitarios.

Como se observa, la formación, organización y desempeño de los profesionales de salud es un asunto con grados de complejidad relevantes, que requiere de una cirugía de alta precisión. Necesitamos reformar la formación, organizar la dotación según la necesidad de cada territorio/población, fortalecer la atención primaria y familiar sin descuidar lo especializado, y abordar los dos temas de mayor interés gremial: la justa remuneración y las adecuadas condiciones laborales.

El asunto se complica más si tenemos en cuenta que mantenemos una brecha de 70,000 profesionales de la salud, y una oferta formativa desordena atravesada de intereses privados y resistencias públicas. La actual oferta formativa además de privilegiar lo recuperativo dejando de lado el componente humanista de las profesiones de la salud, no es suficiente para cerrar la brecha existente.



Ello obliga a una intervención pública decidida y planificada, en la que el sistema defina las necesidades de formación profesional, y las universidades públicas y privadas se alineen a ese mandato de política. Específicamente en el campo público se debe promover la creación de facultades de ciencias de la salud, priorizando las regiones, permitiendo contar con una proyección a veinte años para el cierre de brechas y para la variación en la lógica en la atención, privilegiando prevención, promoción y humanización.

Por su parte, los gremios de la salud —cuyo fin es la defensa de sus intereses— deben asumir que siendo la agenda laboral un componente clave, es parte de un conjunto mayor que conforma la política de Estado en salud. Por lo que el objetivo básico del sistema es la atención adecuada, idónea y oportuna de la persona que la necesita.

Si bien existe un enorme aporte de los trabajadores que mantienen la salud, salvan vidas arriesgando las suyas, y dan más de lo que el país les retribuye; también es cierto que la población siente y enfrenta maltrato, discriminación, y otras situaciones injustificables frente a la necesidad humana en salud. El trabajo en salud tiene facetas. Es nuestra obligación como sociedad impulsar que las mejores prevalezcan frente a las que hay que evitar.

Este proceso también requiere que se desmonten las jerarquías internas construidas arbitrariamente, que generan maltratos e injusticias en el desarrollo de la labor en salud. En concreto, ninguna profesión es más que la otra ni puede atribuirse la conducción y gestión del sistema o de los servicios de salud. La reforma requiere del concurso de todas las profesiones, cada una en su especialidad para la que es formada, y todas para el liderazgo, trabajo en equipo, gestión y dirección.

Nuestros 250,000 trabajadores del sistema público de salud son vitales para transformar la salud. Esas personas que

atienden personas son un reflejo de lo que somos como sociedad. Apoyar, reconocer y visibilizar lo positivo el trabajo en salud es un factor para el cambio. Ciudadanía y trabajadores debemos sincerar esta relación con transparencia y voluntad. Un espacio para ello, sin duda, son los Consejos Locales de Salud que la ley autoriza y debemos instalar en todos los distritos, para dialogar y mejorar el servicio población y trabajadores.

Agosto, 2017

## Nuevos sueldos y compromisos



El 16 de enero se promulgó el DS-006-2018-EF, que establece la nueva Escala Remunerativa de los profesionales y técnicos del sector salud; que comprende a los trabajadores asistenciales del MINSA en Lima y de todas las regiones. No incorpora aún al personal administrativo relacionado a la atención de salud, ni a los profesionales y técnicos de las sanidades de las fuerzas armadas, fuerzas policiales y Ministerio Público. Este aumento significa unos 750 millones de soles para el 2018.

El incremento incorpora un aumento al sueldo bruto y bonos adicionales para determinadas circunstancias. Además, divide a los profesionales en cinco escalafones basados sobre todo en su tiempo de servicios, y en grupos asistenciales: a) médicos; b) dentistas, químicos farmacéuticos, obstetras, enfermeras,

tecnólogos, ingenieros sanitarios, veterinarios, biólogos, psicólogos, nutricionistas, asistentes sociales, químicos; c) técnicos de rayos X, laboratorio, fisioterapia; d) personal de salud técnico y auxiliar. Se comprende alrededor de 130 mil trabajadores de los 180 mil del MINSA en Lima y Regiones. No incorpora a ESSALUD.

Desde enero un médico del primer escalafón tendrá un sueldo bruto de 5,025 soles y el del quinto escalafón 6,193; los otros profesionales del primer escalafón 2,689 y los del quinto escalafón 3,511; los técnicos de laboratorio y fisioterapia del primer escalafón 2,097 y los el quinto escalafón 2,133; y los auxiliares técnicos y asistenciales del primer escalafón 1,874 soles y los del más alto escalafón 2,149. A esto hay que añadir las guardias que van sobre el sueldo. Para contextualizar, el sueldo promedio de un trabajador formal en el país es de unos 1,200 soles.

Existe consenso en que el trabajo en salud está subvalorado, habiendo una deuda histórica con los cientos de miles de trabajadores, que debe ir ligada a mejores condiciones de trabajo. Pero este reconocimiento y esfuerzo de la sociedad por elevar los sueldos debe ir de la mano y generar compromisos para la mejora del desempeño laboral, la elevación del trato y la calidad en la atención. Teniendo en cuenta que este es el primer tramo de un incremento que culminará el 2021, el MINSA, la sociedad civil y los gremios laborales deben establecer compromisos que se traduzcan en indicadores que mejoren la atención.

A los pisos señalados se suman los bonos siguientes: a) Bono de Atención Primaria para el primer nivel: médicos 1,270 soles, otros profesionales 730, técnicos y auxiliares 410; b) Bono por Jefatura: Centros de Salud 600 soles, Microred 800, Red 1,200; c) Bono por zona alejada o de frontera: médico 1,850 soles, otros profesionales 1,350, técnicos y auxiliares 970.

El Bono de Atención Primaria es el que más recursos absorbe, ya que llega a 1,500 centros de salud del país. Implica un cambio de lógica de la labor asistencial recuperativa hacia la labor comunitaria, ya que los profesionales deben salir del establecimiento, hacer el seguimiento familiar, promover el cuidado, la promoción y la prevención. Requiere una supervisión firme de su cumplimiento ya que existe información de que muchos profesionales estarían cobrándolo sin cumplir la atención comunitaria y extramural, llenando los formatos indebidamente, lo cual sería un fraude al país.

El necesario incremento salarial debe ir en paralelo a la reorientación de la forma en que el sistema y sus profesionales se relacionan con la población. A propósito, Elmer Huerta en su artículo «La Olvidada Conferencia de Alma Ata», sobre las dificultades que la atención primaria ha enfrentado para ser el eje del sistema, refiere: «Otros dicen que el celo de los médicos, ante el protagonismo del personal no médico del modelo, y su educación centrada en la curación y no en la prevención de las enfermedades han contribuido a la lenta adopción del cuidado primario de la salud».

Por eso, todo impulso dirigido a fortalecer la atención primaria, la prevención y el trabajo comunitario, debe incidir en: a) trabajo en equipo de salud; b) relación directa con la comunidad y sus cuidados propios; c) seguimiento y responsabilidad del equipo de salud sobre un número de familias. Ello implica dejar de lado mitos y enconos laborales, y poner a cada ciudadano como prioridad del sistema de salud.

Enero, 2018

## ¿Intrusos en salud?



Ni en el Perú ni en el mundo sobran trabajadores de salud. Al contrario, hay una demanda mundial que absorbe profesionales formados en países como los nuestros hacia sistemas con mejores condiciones. En ese contexto, lo que corresponde es el fortalecimiento del trabajo del Equipo de Salud, en el que cada profesión aporta su capacidad de forma complementaria hacia un único fin: el ciudadano que necesita algún tipo de atención.

En el país vemos cómo cada cierto tiempo se enciende la mecha del denominado «intrusismo», y las profesiones de la salud se enredan en una disputa irrelevante para la población para resolver los problemas de la salud. Y es que una cosa es el ejercicio ilegal de la medicina o la suplantación de alguna profesión, que son delitos, y otra distinta las tensiones derivadas de las supuestas invasiones de competencias o alcances profesionales.

Si bien el sistema de salud tiene vacíos y normas que complican el desempeño, el intrusismo del que los colegios profesionales y gremios se quejan respecto de otra profesión, es básicamente la máscara que oculta la disputa del poder al interior de los servicios y del sistema de salud. En ese contexto, existe una hegemonía médica construida a lo largo de siglos sobre una serie de supuestos, que traban o impiden el necesario trabajo en equipo; pero esa lógica es también asumida por las demás profesiones de la salud, y así el fenómeno se multiplica.

Hace unos años nombraron a una enfermera como directora del hospital La Caleta de Chimbote. Luego de los pronunciamientos públicos contra la designación, fue el propio decano del Colegio Médico de aquella época, quien con un grupo de médicos fueron en mancha a buscar a la directora casi irrumpiendo en su oficina. Las protestas que impidieron el normal funcionamiento del hospital duraron semanas hasta que lograron que se cambie a la enfermera Nelly Apolinar.

Luego la enfermera fue nombrada directora de la Red de Salud Pacífico Norte de Chimbote, y las presiones continuaron hasta lograr su destitución. Inclusive recibió algunas denuncias que hasta hoy debe enfrentar. A ello se suma la demanda judicial planteada por el Colegio Médico para anular la ley que permite que otros profesionales de la salud puedan ser designados directores de hospitales.

Pero el asunto afecta también a las demás profesiones. La normatividad determina que la obstetra es responsable del recién nacido hasta el corte del cordón umbilical y de ahí se lo entrega a la enfermera. Existe una leyenda urbana en la que una enfermera y una obstetra se disputan el cuerpo del recién nacido y producto de los jalones una se queda con el cuerpo y otra con la cabeza. Pero también existen situaciones reales que

se dan seguidamente. En algunos hospitales estas peleas han llegado hasta las denuncias policiales entre profesionales.

Las disputas siguen entre tecnólogos médicos y biólogos, por citar un caso que ha generado movilizaciones esta semana producto del Proyecto de Ley de Trabajo del Biólogo. Y así podríamos seguir en este círculo vicioso que impide en buena medida importantes cambios en el sistema de salud. Y es que mientras el principal vigor de los colegios profesionales y de los gremios se dé en relación a la «defensa» de sus competencias o supuestas competencias, el trabajo en equipo seguirá obstruido.

El cuidado y la atención de salud no son propiedad de ninguna profesión. Son producto de un conjunto de esfuerzos en los que la medicina, la enfermería, la obstetricia y los demás conocimientos aportan su rol. Pero no solo ellos, sino también los que participan para aminorar riesgos, como los lavaderos o cocineros del hospital.

Una de las ideas para transitar hacia una relación distinta entre profesionales de la salud es que en los pregrados compartan una misma aula en los cursos que atañen a todas las profesiones, y así las barreras que se han construido comiencen a superarse. Porque las disputas que vemos en estos días son básicamente generadas por prejuicios, una formación en salud estancada y hospitales casi militarizados para la obediencia debida.

Conozco a muchos profesionales de la salud, admiro y respeto su trabajo, y sé que en la mayoría de casos y acciones ponen más de lo que reciben de la sociedad. Y por eso mismo sostengo que la construcción de la salud que buscamos es responsabilidad y obligación de todos y todas, de los que trabajan atendiendo y de los que empujamos, también con sesgos, el camino hacia el derecho a la salud, que se logrará en equipo.





Esta recopilación puede ser reconocida como parte de un «combate por la salud», parafraseando el título con el que Lucien Febvre reunió a mediados del siglo XX un conjunto de artículos en los que desarrolló su crítica a la manera tradicional de entender la historia, centrada en personajes y en el registro cronológico de hechos, pasando a reivindicar frente a ello la naturaleza de la historia como ciencia social. Los artículos dan cuenta de un combate continuo contrapuesto a la idea de la salud como negocio. Nos recuerdan que la salud es un derecho humano fundamental, que debe ser materia sustantiva de políticas y servicios públicos orientados a su efectiva garantía y protección.

Son un llamado a la acción. Forman parte de una lucha personal y colectiva por cambiar nuestra (in)cultura sanitaria, esa que se expresa como resignación frente a muertes evitables, que se encuentra sometida a una lógica de lucro y a la normalización de esas situaciones. En ese marco, la «universalización de la salud» es medio y fin, que como Estado y sociedad, pero también como ciudadanos, nos demanda actuar en conjunto. Antes que un ideal, Alexandro Saco propone un sistema que ofrezca a cada persona teniendo en cuenta sus necesidades particulares, las mismas oportunidades de vida saludable.

Federico Arnillas Lafert



ISBN: 978-612-48151-6-4

