

LA PANDEMIA EN EL PERÚ

Acciones, impactos y consecuencias
del covid-19

LA PANDEMIA EN EL PERÚ

Acciones, impactos y consecuencias
del covid-19

Herberth Cuba



FONDO
EDITORIAL
COMUNICACIONAL

LA PANDEMIA EN EL PERÚ

Acciones, impacto y consecuencias del covid-19

© Herberth Cuba

del texto

Teléfono: (51)999-384515

email: hcuba@doctor.com

© Fondo Editorial Comunicacional

Colegio Médico del Perú

de esta edición

Primera edición

Abril de 2021

Editado por:

Colegio Médico del Perú

Fondo Editorial Comunicacional

Malecon de la Reserva 791

Miraflores. Lima, Perú

Telef. 213-1400

Asesoría editorial

REP S.A. C. /Jorge Candiotti

Diseño y diagramación

Belisario Negrillo

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú

N° 2021-03370

ISBN N° 978-612-45410-8-7

Está prohibida la reproducción total o parcial del contenido y sus características gráficas de este libro. Ningún texto o imagen contenidos en esta edición puede, sin autorización escrita de los editores, ser reproducido, copiado o transferido por cualquier medio impreso, digital o electrónico.

Cualquier acto ilícito cometido contra los derechos de propiedad intelectual que corresponde a esta publicación será denunciado de acuerdo al Decreto Ley N.º 822, Ley de los Derechos de Autor, de la legislación peruana, así como las normas internacionales vigentes.

Impresión

REP S.A. C.

Miguel de Cervantes 485-502

San Isidro,. Lima, Perú.

(51)999-658531

jcandiotti@revistaspecializadas.com

Abril 2021



COMITÉ EJECUTIVO

Dr. Miguel Palacios Celi	Decano	
Dr. Ciro Maguiña Vargas	Vicedecano	
Dr. Edén Galán Rodas	Secretario del Interior	
Dr. César Portella Díaz	Secretario del Exterior	
Dra. María Luisa Fajardo Loo	Tesorera	
Dr. Alfredo Celis López	Vocal	
Dr. Ildauro Aguirre Sosa	Vocal	
Dr. Augusto Tarazona Fernández	Vocal	
Dr. Mariano Cuentas Jara	Vocal	
Dr. Armando Rodríguez Huayaney	Accesitario	
Dr. Wilder Díaz Correa	Accesitario	
Dr. Wilmar Edy Gutiérrez Portilla (e)	Consejo Regional I	La Libertad
Dr. Luis Runciman Soplin	Consejo Regional II	Iquitos
Dr. Pedro Ruiz Chunga (e)	Consejo Regional III	Lima
Dr. Wilbert Barzola Huamán	Consejo Regional IV	Huancayo
Dr. Javier Gutiérrez Morales	Consejo Regional V	Arequipa
Dr. Carlos Gamio Vega Centeno	Consejo Regional VI	Cusco
Dr. Arnaldo Lachira Albán	Consejo Regional VII	Piura
Dr. Hernán Adolfo Román Aliaga (e)	Consejo Regional VIII	Chiclayo
Dr. Julio Torres Chang	Consejo Regional IX	Ica
Dra. Danitza Del Carpio Velazco	Consejo Regional X	Huánuco
Dr. Orlando Handabaka Castro	Consejo Regional XI	Huaraz
Dr. Benjamín Núñez Espinel	Consejo Regional XII	Tacna
Dr. Favio Sarmiento López	Consejo Regional XIII	Pucallpa
Dr. Vidmard Mengoa Herrera	Consejo Regional XIV	Puno
Dr. Anderson Sánchez Sotomayor	Consejo Regional XV	San Martín
Dra. Doris De La Cruz Prado	Consejo Regional XVI	Ayacucho
Dr. Pedro Lovato Ríos	Consejo Regional XVII	Cajamarca
Dr. Henry Mendoza Cabrera	Consejo Regional XVIII	Callao
Dr. Luis Johanson Arias	Consejo Regional XIX	Chimbote
Dr. Manuel Rueda Camaná	Consejo Regional XX	Pasco
Dr. William Pinto Samanez	Consejo Regional XXI	Moquegua
Dr. José Romero Donayre	Consejo Regional XXII	Apurímac
Dra. Rina Bejarano Tafur	Consejo Regional XXIII	Tumbes
Dra. Yanet Yachi Fierro	Consejo Regional XXIV	Huancavelica
Dr. Richard Flores Malpartida	Consejo Regional XXV	Amazonas
Dra. Emperatriz Morales Valdivia	Consejo Regional XXVI	Madre de Dios
Dr. Víctor Rojas Polo	Consejo Regional XXVII	Lima Provincias



Dr. Ciro Maguiña Vargas	Director general
Dr. Jorge González Mendoza	Secretario
Dr. Alberto Zolezzi Francis	Miembro
Dr. Oscar Pamo Reyna	Miembro
Dr. Ricardo Álvarez Carrasco	Miembro

PRESENTACIÓN

El Fondo Editorial Comunicacional del CMP (FEC) se complace en presentar esta importante obra del doctor Herberth Cuba.

Esta valiosa obra, titulada La pandemia en el Perú, acciones, impacto y consecuencias del covid-19, cuenta con el auspicio editorial y el financiamiento del FEC y el CMP.

La presente obra del doctor Cuba permite que el médico se adentre en la pandemia de covid-19, que azota al mundo, en general, y, por tanto, al Perú, en particular. Este es el gran aporte de este texto.

El CMP se siente complacido de publicar a través del FEC esta obra, ya que no solo revela un gran esfuerzo del autor por publicarlo, sino que constituye una fuente de consulta básica y elemental para el personal médico y estudiantes de la salud, para ver la interrelación entre la salud pública, el Gobierno, el Congreso, lo social, lo económico, lo comunitario y el médico con la pandemia de covid-19.

Dr. Miguel Palacios Celi

Decano Nacional CMP

Dr. Ciro Maguiña Vargas

Presidente del FEC

PALABRAS INICIALES

La pandemia que aún azota a nuestro país, que ha cobrado miles de vidas, de más de 260 médicos y cientos de profesionales y trabajadores de la salud, implica una profunda reflexión, no solo del Comité Ejecutivo Nacional del Consejo Nacional y de los consejos regionales del Colegio Médico del Perú, sino, también de cada uno de los miembros de la Orden Médica, con sus diversos puntos de vista. Como sabemos, una pandemia es un fenómeno, no solo médico, sino, también, político, económico, social y cultural. En tal sentido, el aporte que presentamos mediante el esfuerzo de nuestro Fondo Editorial constituye la materialización de un trabajo cotidiano y disciplinado por parte del autor.

La importancia del libro radica en el seguimiento en tiempo real, con fechas ciertas, de los eventos más importantes con relación a la pandemia. El libro consta de nueve capítulos, agrupados por orden cronológico. Además, hay una descripción semanal de los eventos previos al inicio de la pandemia desde una semana antes del cierre del Congreso de La República, ocurrido el 30 de septiembre de 2019. Luego de la declaratoria oficial de la pandemia en el Perú, se amplía la descripción a dos temas por semana. Cómo se puede apreciar, no ha sido una tarea sencilla, sobre todo, sin perder el norte y la ecuanimidad, en momentos de aguda confrontación política. Los eventos son relatados con naturalidad, sin apasionamientos y con lenguaje claro y directo.

El libro aborda una serie de aspectos que han sido fuente de debate los últimos 16 meses, como, por ejemplo, análisis políticos para comprender el contexto en que se desarrolla la salud, los aspectos éticos, el diagnóstico y peculiaridades del Sistema Nacional de Salud, la creación del Sistema de Salud Unificado, la salud y seguridad social

como derechos humanos fundamentales, la conformación de las Redes Integradas de Salud. Asimismo, el rol de la comunidad, de la Atención Primaria de Salud, de la medicina preventiva, además, de la intervención en los determinantes económicos, sociales y culturales para fortalecer los estilos de vida saludables de la población, entre otros aspectos más.

El autor reflexiona sobre el pasado, el presente y el futuro de la profesión médica y su rol en el cuidado de la salud, sobre todo, en momentos en que el ejercicio profesional ha dado un vuelco, en modo profundo y acelerado, debido a la pandemia, con la masificación de la medicina a distancia y con gran impacto en la responsabilidad profesional. Asimismo, aborda la conflictividad y el maltrato contra los médicos y profesionales de la salud. Además, llama la atención sobre la creciente judicialización del acto médico.

Como decano nacional del Colegio Médico del Perú, resalto el arduo trabajo plasmado en el libro *La pandemia en el Perú: acciones, impactos y consecuencias del covid-19* porque su lectura retrotrae a la mente a ese período y permite revivir críticamente los graves momentos de la pandemia, para corregir y proponer políticas públicas en Salud. Además, creo que servirá para comprender con amplitud de criterios, uno de los períodos más difíciles de nuestra historia y de las epidemias en general.



Dr. Miguel Palacios Celi

Decano Nacional del Colegio Médico del Perú

PREFACIO

Este libro le demostrará que el recuerdo no solamente existe, sino que es necesario. Si pasamos por los primeros artículos, los de fines de 2019 -prepandemia- encontraremos las primeras justificaciones para entender las carencias sostenibles y aquellos errores que llevaron a la perpetuación de la carencia del sistema de salud con anticipación previa a la pandemia. Para todos los que vivimos las dramáticas situaciones de la pandemia en el Perú en el 2020, recordemos que experimentamos tristeza, desolación y más tristeza.

Y como se refleja en estas páginas, plagadas de historia con memoria pero también con sentido crítico acérrimo, los que hoy tenemos la suerte de leer esta secuencia de eventos (exclusivamente porque a pesar de todo, sobrevivimos), nos sentiremos que estuvimos desprovistos de cobijo cuando lo necesitamos; carentes de un liderazgo sincero – por parte de nuestras autoridades; abandonados a nuestra suerte – por marchas y contramarchas en las acciones sanitarias que debieron ser las más importantes en los primeros cuatro meses de la cuarentena en vez de simplemente “cuarentenarnos” y, con una ausencia total de racionalidad ética y hasta jurídica – por decisiones equivocadas reiteradas, con menoscabo del acto médico, y hasta violación de los derechos de los pacientes.

Y en los primeros noventa días de la pandemia, en cuarentena y previos a volver a ver la luz de las calles, nos preguntábamos todos los días, conforme salían nuevos y nuevos decretos de urgencia, decretos legislativos, normas, procedimientos y hasta protocolos para cada posible situación ¿Hay un plan? ¿Tiene el éxito esperado esta cuarentena? ¿Es válido hablar de estrategia social y estrategia sanitaria? ¿En los primeros 90 días nos olvidamos del nivel de atención primaria? ¿Después de

tantas lunas –el mismo premier Zevallos– decapitó las redes integradas de salud? ¿Tiraron a la basura tanto esfuerzo para el préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo y del Banco Mundial para la constitución de las redes integradas de salud? Pues las respuestas a esta primera parte de preguntas relevantes las pueden tener tan solo leyendo la secuencia de los primeros 90 días de cuarentena. Cada uno puede generar sus propias conclusiones, no necesariamente vamos a coincidir, pero tienen los hechos extraordinariamente descritos en las siguientes páginas de este libro.

Después llegó la segunda fase del estado de emergencia, donde se incrementó el número de casos que necesitaron hospitalización, las largas filas por oxígeno fueron visibilizadas en los medios de comunicación y nos azuzaba en la mente preguntas como ¿sirvió la compra de tanta prueba rápida?, ¿hay una estrategia comunitaria para reducir la expansión del virus?, ¿se utilizó o compró de manera correcta las pruebas moleculares?, ¿cuál es la utilidad de los comandos covid nacional y regionales?, ¿cuál fue el papel de Essalud en esta pandemia?, ¿se respetaron los derechos de los pacientes?, ¿los profesionales de la salud tuvieron derechos? Este libro le servirá para sacar las más increíbles conclusiones.

Y por último, llegamos a los cinco últimos meses del año. Pasamos por el acmé de la pandemia en nuestro país, tanto en Lima como en las más importantes regiones del Perú, pero además, la reactivación económica, con la apertura de diversos espacios en la pandemia. Y más preguntas que difícilmente pudimos contestar como ¿Es pertinente regresar al sistema de pago de clínicas privadas en vez del fortalecimiento de instituciones hospitalarias públicas? ¿Acaso los cambios de premier en esta etapa han servido para mejorar las condiciones de salud de la población? ¿Sirvió el enfoque hospitalario, militar y policial que se le dio de cara a la pandemia? ¿Sirvió para algo la supuesta universalización de la salud? ¿Y el discurso del sistema unificado de salud dónde

quedó? ¿Por qué no se utilizó la emergencia sanitaria como un detonante para mejorar el sistema de salud si ya se sabía a priori la brecha de recursos económicos? ¿Debemos retomar las funciones del sector salud y reformar temas pendientes como SIS? ¿Se ha tratado con justicia y equidad al personal de salud? ¿Se le ha dado la importancia debida al primer nivel de atención y al personal que trabaja en el mismo? ¿Existe acaso un mensaje claro y preciso que oriente a la población respecto a la enfermedad? Y mucho más triste ¿Existe un plan para evitar o aminorar la segunda ola o un rebrote? Hay sin embargo, dos preguntas que aún no podemos contestar, y esperaremos ansiosos a que tengamos las respuestas, la primera es si realmente este presidente de transición hará un rediseño de la estrategia de lucha contra la pandemia, y la otra, más difícil de contestar, es si tendremos las ansiadas vacunas para fines de enero de este 2021 y dejar de utilizar el tema de las vacunas como un comodín político.

Los invito a leer unas páginas para entenderlo todo: tomen este libro como una obra de teatro completa en diferentes actos, secuencialmente perfecta, semana por semana tendrán las acciones o inacciones realizadas – o nunca realizadas. Cada acto, con propósito o sin él, cada semana. Este libro representa, finalmente, todo aquello que sabemos y no queremos revelar; ¿Se atreven a analizarlo? No se arrepentirán.



Silvia Pessah-Eljay

Exministra de Salud

PRÓLOGO

El año 2020, por lamentable que haya sido, marcará un hito en la historia global moderna, y también en la de nuestro país. Ha sido un año terrible y traumático para todos, pero esperamos poder salir de esta crisis con herramientas y tecnología que nos permitan reducir drásticamente los riesgos de futuras epidemias y pandemias. Con la aprobación de las primeras vacunas contra el covid-19, ahora podemos imaginar cómo controlar esta situación. Llegar tan lejos así de rápido ha significado comprimir una década de trabajo de desarrollo de vacunas en menos de 12 meses, un logro que solo ha sido posible gracias a la solidaridad científica, al intercambio de datos, la colaboración internacional y al compromiso sustancial de recursos públicos y privados.

Una cosa está clara: la pandemia de covid-19 no debe verse como un evento singular o único. Los virus desconocidos representan una amenaza creciente en el abarrotado mundo de hoy. Se estima que la cantidad de virus animales no descubiertos que podrían transmitirse a las personas se acerca al medio millón. Lo que implica que los riesgos existen y que tenemos que estar preparados con una infraestructura global que permita responder rápidamente para desarrollar, fabricar, distribuir y aplicar vacunas contra cualquier amenaza que surja. Pero también es clave salir de esta experiencia de la pandemia con lecciones aprendidas para responder mejor en el futuro.

Este libro *La pandemia en el Perú. Acciones, impactos y consecuencias*, se presenta como una oportunidad de contar con esas lecciones que debemos aprender. El libro es una compilación de artículos que, en conjunto, relatan los eventos más importantes en la vida política, social y económica del país, incluyendo análisis detallados de normativas y decisiones tomadas, todos con impacto en la salud, que ocurrieron semana a semana desde septiembre de 2019 hasta el 28 de diciembre de 2020.

Esta es una cronología crítica, con aportes muy personales del doctor Herberth Cuba sobre los eventos que precedieron y luego acompañaron a la pandemia en el Perú. En nueve capítulos, el autor nos presenta el difícil y cambiante contexto político, el contexto sanitario y las fases de la respuesta nacional al covid-19 (incluyendo la reactivación económica), las acciones, las interpretaciones, los aciertos, los problemas y las consecuencias, buscando en su análisis, los ejes de derechos de los ciudadanos, de libertad, democracia, respeto a los poderes y aportando recomendaciones de manera siempre constructiva. Una lectura de lo que se hizo, y un análisis de lo que resultó.

Este libro además de un aporte a la historia sanitaria y su contexto en el país debe constituirse en el instrumento de apoyo para los decisores de políticas en la construcción de un sistema de salud más resiliente y para la toma de decisiones más adecuadas frente a crisis pandémicas.

Al darle la espalda a este triste año, nos encontramos, quizás sorprendentemente, siendo capaces de mirar hacia un futuro mucho más brillante y de cara a nuestro bicentenario. Si bien no podemos eliminar el riesgo de una nueva pandemia, sí podemos evitar que la siguiente tenga el impacto que el covid-19 ha tenido en nosotros. Pero solo lo lograremos con un país unido y mejor preparado para afrontar los retos que este siglo nos traerá y con gente que aprendió, sobre qué hacer y qué no hacer, frente a una crisis como la desatada por el covid-19. Ojalá así sea.



Dra. Patricia García Funegra
Exministra de Salud

INTRODUCCIÓN

La pandemia merece reflexiones de diverso tipo. Las implicancias en la vida humana son tan variadas, que sirven para que los científicos, los pseudocientíficos, los políticos, los historiadores, los economistas, los periodistas, los artistas, los religiosos, los cultores del ocultismo y del hermetismo, solo para poner algunos ejemplos, dejen sus huellas en grandes obras. Se publica mucho y para todos los gustos.

En ese sentido, es insignificante aumentar con un libro más, ese boom de publicaciones, más aún, cuando se utilizan nuevos conceptos para expresar el estallido de información, como por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud que ha definido el concepto de infodemia como “la cantidad excesiva de información, en algunos casos correcta, en otros no, que dificulta que las personas encuentren fuentes confiables y orientación fidedigna cuando las necesitan” y, por otro lado, la prensa y los funcionarios públicos abusan del anglicismo *fake news*, para referirse a las noticias falsas y del neologismo de posverdad. El Internet, las redes sociales y la instantaneidad de la información, que genera la creencia del que todo lo sabe, resta tiempo a la lectura profunda, a la práctica, a la reflexión y al nuevo conocimiento. Además, es imposible sustraerse de los fenómenos de interés colectivo y de los hechos políticos, económicos, sociales y culturales cotidianos, sin participar en ellos. A veces, el rol del observador se torna imposible, porque se es parte, como víctima del fenómeno. La pandemia, es un claro ejemplo, de la imposibilidad de esa evasión.

Este libro representa la vorágine del día a día, escrito en tiempo real, en modo crítico, con formato ágil y breve. Sigue la secuencia histórica de la pandemia, con aspectos de interés colectivo, en modo regular, constante y disciplinado, con la finalidad de formar opinión y crear nuevo conocimiento. La libertad para escoger los tópicos ha sido limitada por el número de palabras, la concisión, el interés social relevante y la necesidad de incidir en la toma de decisiones políticas. La pandemia ha tensado y sobrepasado la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud, pero, como sabemos, eso ya ocurría antes. Por ese motivo es que el capítulo I empieza con el contexto social y político previo a la pandemia, a partir del análisis de la polarización política extrema y su impacto en la salud del 27 de septiembre de 2019 y concluye en el capítulo IX, titulado la nueva Ley de Vacunas, pandemia, vacancia y sucesión presidencial, con el análisis del enfoque hospitalario, militar y policial y su consecuencia en el agravio a la profesión médica del 28 de diciembre de 2020.

El libro sigue la secuencia del tiempo. La lectura se puede iniciar por cualquier página, porque cada tema se entiende por sí mismo, aunque, como es obvio, la mirada de contexto y de la secuencia, aporta mayor provecho. Además, hay tópicos que a veces en modo casi imperceptible, son desarrollados como un hilo conductor en cada uno de los temas, como por ejemplo, el análisis político, sobre todo en los momentos cruciales, como ha sido el cierre del Congreso, el interregno parlamentario, el uso y abuso de los decretos de urgencia, para leyes que no eran de emergencia, como la prórroga de la Ley Agraria, el intento

de retornar a la reforma de salud mercantilista, con el nombre de Cobertura Universal de Salud cuyo impacto es la regresión de los derechos humanos de los ciudadanos. Asimismo, los decretos de urgencia promulgados, a veces en clara competencia con el Congreso de la República, a lo largo de la pandemia. No podían quedar fuera, la vacancia presidencial, la renuncia presidencial y la designación del actual presidente por el Congreso. Es decir, el desempeño en salud de los tres presidentes. Un trato similar en el análisis, han merecido, el desempeño y los cambios ministeriales de los Consejos de Ministros y del Sector Salud.

Otro hilo conductor es la ética, tanto en el aspecto general, como de la ética médica. Se retoma y se asimila para el análisis y la acción contemporáneos el principio hipocrático, *primum non nocere*, es decir, en primer lugar, no hacer daño. Sin embargo, se amplía su aplicación, no solo para la medicina y la salud, sino también, para la sociedad en su conjunto, como, por ejemplo, la ecología, la economía, el desarrollo, la defensa nacional, entre otros. Es necesario que el accionar humano sea justificado antes, en no hacer daño, para luego, hacer el bien. El trastocamiento de la prelación de esos dos principios, al colocar a la beneficencia como primer principio, ha servido como justificación de la imposición, incluso con violencia, “de lo correcto” y “lo necesario” bajo los supuestos culturales y civilizatorios de los “poderosos”, y, por tanto, ha tenido como consecuencia, guerras de conquista, transculturación, etnocidio, e incluso el maltrato infantil, solo para citar algunos ejemplos. También, hay una clara demarcación con la bioética, que está circunscrita dentro de las corrientes utilitaristas, consecuencialistas y de

clara justificación de la intermediación financiera en el acto médico y de la exclusión social, así como, del mercantilismo sanitario.

Un aspecto crucial es definir las anomalías del actual sistema de salud, cuyas características son la fragmentación, la segmentación y la autonomización en salud de los gobiernos regionales, así como, la falta de coherencia y sinergia entre los tres niveles de gobierno: nacional, regional y local. Estas características se evidencian con mayor nitidez, en el nivel local, porque afectan violentamente al ciudadano. En ese contexto, no solo es necesario corregir esas anómalas características en el nivel estratégico e institucional, sino, también, en el nivel local, operativo. Esa tarea cumple la conformación de las Redes Integradas de Salud y el rol del enfoque comunitario, de la Atención Primaria de Salud, la medicina preventiva, la intervención en los determinantes económicos, sociales y culturales y el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud.

El acceso universal a la salud y a la seguridad social universal, como derechos humanos fundamentales deben ser garantizados, no solo como deberes mínimos de las acciones del gobierno y del Estado, sino, también, como una exigencia ética. Existe el deber de cuestionar y rechazar las leyes que crean en el sector público, planes de beneficios y de exclusiones de enfermedades o daños, bajo modelos curativos, porque colisionan con el ejercicio de los derechos humanos de los ciudadanos. La exclusión de la atención médica por parte del Estado, con el argumento de que “el daño” no está cubierto por la Ley, no solo es un comportamiento antiético, sino, inconstitucional y

contrario a la convencionalidad del Sistema Interamericano de Derechos Humanos. Ante esta alternativa regresiva es imperioso el fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud, no solo del Sector Salud, sino del Sistema Nacional de Salud, con adecuada potestad sancionadora, con la finalidad de lograr la Seguridad Social Universal que otorgue prestaciones de salud, económicas y sociales, además, de la conformación de Redes Integradas de Salud cerca al ciudadano y con su participación.

En ese sentido, existe un enjuiciamiento crítico del modelo del aseguramiento mercantilista de la salud y del fiasco de la reforma de salud del lustro del gobierno del expresidente Humala, porque destruye la Seguridad Social, crea un mecanismo curativo mercantilista de daños asegurables, bajo la lógica de la empresa privada mediante la creación de los planes de beneficios con exclusiones e inclusiones y del aún teórico Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). Además, se describe con amplitud el rol del Seguro Integral de Salud, el salvataje financiero de los años 2016 y 2017 y su sostenibilidad aún como fondo de alivio a la pobreza, al amparo del DS N.º 058-2011-PCM, y se plantea la necesidad de fortalecerlo y convertirlo en una institución más de seguridad social, al amparo de la Constitución Política.

Un componente importante es el permanente debate y búsqueda de consensos, inclusive en el Foro del Acuerdo Nacional, sobre todo, en los temas relacionados al Sistema de Salud Unificado, al acceso a los medicamentos, a la innovación tecnológica. En relación el tema de los recursos

humanos, se aprecia brechas no solo en el aspecto cuantitativo, sino también, en cuanto a la calidad y a la distribución en el territorio y al interior de las instituciones, así como, en la incapacidad de unir esfuerzos mediante los servicios complementarios.

Otro aspecto, que se aborda como una constante es la exigencia de la masificación de las medidas de bioseguridad para los servidores de la salud y la estrategia de lucha contra la pandemia con enfoque comunitario. Se destaca la participación de la comunidad organizada en alianza con los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención en Redes Integradas de Salud. Asimismo, adaptar su gestión sanitaria al desenvolvimiento de la pandemia, extremar las medidas de protección de los médicos y servidores de salud, así como, reducir el contacto con los usuarios al mínimo indispensable. En modo simultáneo, fortalecer el liderazgo estratégico coherente en cascada en los tres niveles de gobierno, no solo en la gestión, sino también en la comunicación estratégica y de riesgos para potenciar la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud. En consecuencia, existe una crítica detallada y severa contra la estrategia hospitalaria, militar y policial de lucha contra la pandemia, que implementa el gobierno.

La reflexión en torno a la profesión médica es abundante. Como se sabe existe un proceso creciente de recorte de la autonomía del discernimiento clínico y un incremento de la judicialización del acto médico, agravados durante la pandemia, por varios motivos, como, por ejemplo, la cascada de traspaso de las responsabilidades de las instituciones a

los hospitales y clínicas y de estos a los médicos. También, se aborda los maltratos y agravios contra los médicos, no solo de pacientes y familiares frustrados en sus expectativas, sino, lo que es muy grave, de las más altas autoridades del gobierno. Los aspectos gremiales son abordados como parte imprescindible del ejercicio de la profesión médica, en consecuencia, se aboga por mejores condiciones laborales, mejores remuneraciones, ejercicio del derecho a la seguridad social universal, (salud, pensiones, riesgos, desempleo y otros), cumplimiento de las actas y pactos, así como, la participación gremial activa en el gobierno, en el diseño e implementación de las políticas, entre otros aspectos.

La pandemia de covid-19 sigue su curso, el 28 de diciembre de 2020, que ha sido la fecha de cierre del presente volumen, deja más interrogantes que certezas. Sin embargo, debemos guiarnos por la premisa que cuando un problema acaba otro u otros empiezan o ya están en curso.



Herberth Cuba
Autor

CONTENIDO

Capítulo 1

CONTEXTO SOCIAL Y POLÍTICO PREVIO A LA PANDEMIA

Acontecimientos entre el 27 de septiembre y el 15 de noviembre de 2019

– La polarización política extrema y la salud	32
– <i>¿Putsch</i> contra la República?	35
– Decretos, Plan de Competitividad y Salud	38
– Lecciones aprendidas sobre reforma de salud	41
– Controvertido decreto de urgencia sobre medicamentos	44
– Minsa culpa a boticas y farmacias por desabastecimiento	47
– Retroceso del primer nivel y de la Atención Primaria de Salud	50
– SIS ¿se espera algo?	53
– Consentimiento, falta de ventilador y muerte	56

Capítulo 2

REITERACIÓN DE LA REFORMA HUMALISTA Y EL AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD

Acontecimientos entre el 20 de noviembre de 2019 y el 28 de febrero de 2020

– Nueva ministra de Salud y prioridades del presidente	62
– La salud mental en la picota	65
– Essalud y su hoja de ruta	68
– Decreto de urgencia sin recursos ni médicos	71
– La política de salud en una imagen	74
– Dos aportes a la salud pública	77
– Essalud y su decreto de urgencia	80
– Impacto de las medidas para recuperar aportes de Essalud	83
– Essalud, agricultura y presupuesto público	86
– Año de la Universalización de la Salud	89
– Chile, Estado y medicamentos	92
– SIS debilita primer nivel de atención de salud	95
– El gobierno y las elecciones congresales complementarias	98
– Gobierno renego	101
– Salud: caos, sufrimiento y muerte	104
– Reiteración de la fallida reforma de Salud humalista	107
– Salud, Moquegua y las epidemias	110

Capítulo 3

EL PRIMER CASO DE COVID-19, LA INCOMPENSIÓN DE LA PANDEMIA Y LOS ESCASOS FONDOS

Acontecimientos entre el 6 y el 15 de marzo de 2020

- Salud, epidemias y desencuentro político 116
- Liderazgo y coronavirus 119
- La atención médica y la propagación del covid-19 121

Capítulo 4

LA ESTRATEGIA HOSPITALARIA, MILITAR Y POLICIAL. LAS PRUEBAS RÁPIDAS. ABANDONO DEL ENFOQUE COMUNITARIO

Acontecimientos entre el 23 de marzo y el 1 de mayo de 2020

- Impacto político del cambio de ministro de Salud 126
- La realidad y la comunicación de riesgos 129
- Covid-19, investigación científica y embarazo 132
- Comando contra la pandemia 25 días después 135
- Enfoques hospitalario y comunitario en el covid-19 138
- Pandemia de covid-19, ¿cuál es el plan? 141
- Ensayos clínicos, mentes brillantes y la pandemia 144
- El enfoque comunitario y Te Cuido Perú 147
- El enfoque comunitario frente a la analogía del martillo 150
- Prórroga del aislamiento obligatorio y enfoque comunitario 153
- La ideología contra el enfoque comunitario 156
- Ética, pandemia y conflicto por el número de cadáveres 159

Capítulo 5

LAS VÍCTIMAS DE LA PANDEMIA Y DEL ‘PROTOCOLO LOCO’. LA PRIMERA FASE DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA

Acontecimientos entre el 4 de mayo y el 1 de junio de 2020

- Médicos héroes y muertes evitables 164
- El covid-19 y la gestión de Essalud 167
- Las correcciones del presidente y el enfoque comunitario 170
- La nueva reforma de Salud como hecho consumado 174
- Escasez y carestía de medicamentos para el covid-19 176
- De la cuarentena al “protocolo loco” 179
- El adiós a la Redes Integradas de Salud 182
- Torpeza para incrementar la atención médica 185

Capítulo 6

CUESTIONAMIENTOS ÉTICOS Y EL GOBIERNO PARALELO EN LA PANDEMIA. SEGUNDA FASE DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA

Acontecimientos entre el 5 de junio y el 29 de junio de 2020

– Pruebas moleculares y relación público-privado	190
– Essalud y su informalidad laboral	193
– Clínicas, pruebas covid-19 y exclusión social	196
– La gestión gubernamental frente a la pandemia	199
– El gobierno paralelo y el covid-19	202
– Del pánico y la reingeniería social	205
– El conato de “nueva convivencia”	208
– Cuestionamientos éticos frente a la pandemia	211

Capítulo 7

LOS RECLAMOS DE LOS GOBIERNOS REGIONALES, CONFLICTOS DE CONDUCCIÓN SECTORIAL Y EL PACTO PERÚ. TERCERA FASE DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA

Acontecimientos entre el 3 de julio y el 28 de septiembre de 2020

– La pandemia y los reclamos de los gobiernos regionales	216
– El acto médico y la pandemia	219
– Las clínicas, el SIS y el covid-19	222
– Contradicciones en la rectoría del Minsa	225
– El cambio de Gabinete y la “nueva realidad”	228
– El Gabinete ministerial y la salud	231
– La regionalización y la intervención de Arequipa	234
– La ilusión de la intervención de las regiones	237
– El Pacto Perú y la salud	240
– Mensaje para el mediano y largo plazo	243
– La exposición del premier y la salud	246
– El nuevo premier y la emergencia sanitaria	249
– Premier, pandemia y consenso	252
– Vacunas, pandemia y el presidente	255
– Plataforma Tecnológica Integrada en Salud	258
– Conflictos en la conducción de la lucha contra la pandemia	261
– Los lineamientos de política y el Minsa	264
– La transparencia y la huelga médica	267
– El presupuesto 2021 y la salud	270
– Cenares, medicamentos esenciales y transparencia	273
– Otra vez, el Acuerdo Nacional y la salud	276
– La estrategia moral en el Perú	279
– La propuesta del Sistema Unificado de Salud	282

– Función pública, salud y reforma constitucional	285
– Pandemia y cuarta fase de reactivación económica	288
– La responsabilidad en salud y la separación de funciones	291

Capítulo 8

LA IMPLOSIÓN DE LA GESTIÓN DE LA PANDEMIA Y EL FORO DEL ACUERDO NACIONAL.

CUARTA FASE DE LA REACTIVACIÓN ECONÓMICA

Acontecimientos entre el 2 de octubre y el 6 de noviembre de 2020

– La pandemia y los conflictos laborales	296
– La pandemia y el Día de la Medicina	299
– Seroprevalencia del covid-19 y enfoque comunitario	302
– El Plan del Minsa y su capacidad de respuesta	305
– El retiro de fármacos, la ciencia y el covid-19	308
– Acuerdo Nacional y medicamentos esenciales	311
– La vacunación contra el covid-19 en el Perú	314
– La función rectora del Minsa y su reglamentación	317
– Susalud y la autonomía de los colegios profesionales	320
– Implosión de la gestión del covid-19	323
– Ahora, muertes por la difteria	326

Capítulo 9

LA NUEVA LEY DE VACUNAS, PANDEMIA, VACANCIA Y LA SUCESIÓN PRESIDENCIAL

Acontecimientos entre el 13 de noviembre y el 28 de diciembre de 2020

– La vacancia y el nuevo Gobierno	332
– Pandemia, vacancia y Sagasti	335
– Minsa, petitorio y oxígeno medicinal	338
– Relato e interpretación de la vacancia	341
– Presupuesto, nuevo Gabinete y Salud	344
– La política y el efecto del candidato Vizcarra	347
– La exposición de la premier y la salud	350
– Nueva ley especial para vacunas contra el covid-19	353
– Plan Nacional de Telesalud y pandemia de covid-19	356
– Conducción de la pandemia y desinformación	359
– Sagasti y la pandemia	362
– El Gobierno y la nueva cepa causal del covid-19	365
– El SIS y el presidente Sagasti	368
– Enfoque militar y agravio a los médicos	371





Capítulo 1

Contexto social y político previo a la pandemia

Acontecimientos entre el 27 de septiembre y
el 15 de noviembre de 2019

La polarización política extrema y la salud

Confrontación genera riesgos a la salud de la población más pobre

El miércoles 11 de septiembre de 2019, el Pleno del Congreso de la República, en una acertada medida llamada “Pleno de la Salud”, dedicó toda su agenda de la sesión a debatir y aprobar solo proyectos de ley referidos a la salud. Es una nueva modalidad que permite agrupar los proyectos por sectores para especializar y agilizar el debate con la finalidad de abordar aquellos proyectos de ley importantes, pero postergados debido a los temas de coyuntura. Sin embargo, se aprobaron solo cuatro proyectos de los nueve que formaban parte de la agenda; además, uno de ellos ha quedado pendiente de la segunda votación.

La buena iniciativa, que pudo haber concluido con los nueve proyectos aprobados, demostró una vez más la extrema polarización política de parte de algunos congresistas que, con sus reiteradas referencias a la política nacional, frenaron los acuerdos en los temas de salud. El caso más lamentable ha sido el proyecto de ley que modifica el Decreto Legislativo N.º 1154¹, Ley de Servicios Complementarios, que permite que los médicos especialistas puedan laborar en modo adicional a su jornada laboral en su propia institución pública o en otra, con la finalidad de suplir, en modo voluntario, con una especie de horas extras, las carencias de profesionales especialistas.

Si bien es cierto que los servicios complementarios ya se encuentran normados con el DL N.º 1154, debido a las imprecisiones en torno al financiamiento y a la existencia de complicados requisitos burocráticos, ha sido inaplicable. Luego de un largo debate, lleno de epítetos políticos, el proyecto ha sido aprobado solo en primera votación y ha quedado pendiente

“

La buena iniciativa, que pudo haber concluido con los nueve proyectos aprobados, demostró una vez más la extrema polarización política de parte de algunos congresistas que, con sus reiteradas referencias a la política nacional, frenaron los acuerdos en los temas de salud.

”

el requisito de la segunda votación. Mientras tanto, la población excluida de recibir atenciones especializadas seguirá perjudicada. ¿Cuánto tiempo aguardará la población? La respuesta es incierta, debido a la coyuntura por la que atraviesa la política nacional.

El proyecto de ley aprobado en primera votación², que modifica el DL N.º 1154, precisa los alcances de los servicios complementarios, el trabajo de los médicos en otras instituciones sin necesidad de convenio previo y, además, deja sin efecto los procesos sancionadores a los médicos que laboraron en modo adicional a su jornada laboral en otras instituciones públicas (ya que el DL N.º 1154 permite esa posibilidad);

aunque por el principio de la realidad, desobedecieron algunos mecanismos de su aplicación debido a las falencias de la propia ley. Es obvio que al corregir dichas falencias se dejen sin efecto los procesos sancionadores derivados de ellas.

La vehemencia de la argumentación para atizar la polarización extrema pasa por alto la realidad. Las colas en los establecimientos de salud, las quejas, los conflictos, la violencia y agresión contra los médicos parecen inexistentes. La escasez de médicos y de especialistas parece convertirse en un tema marginal e irrelevante. Como sabemos, el Perú necesita 40 000 médicos adicionales, incluidos 16 000 médicos especialistas. El Gobierno ha desmotivado las vocaciones para nuevos médicos. La promulgación del DL N.º 1153, en el año 2013, ha creado un sistema remunerativo piramidal anclado en la remuneración de la profesión médica, que sirve como referencia y que tiende a igualar sus remuneraciones con las de otros profesionales de la salud, al margen de las competencias, la complejidad y la escasez.

“

La vehemencia de la argumentación para atizar la polarización extrema pasa por alto la realidad.

”

“

Es necesario, excluir a la profesión médica de la pirámide laboral del DL N.º 1153 y retornar al DL N.º 559, Ley de Trabajo Médico, con las adecuaciones necesarias a la nueva realidad y con una escala salarial propia, con mayor flexibilidad y reconocimiento.

”

Es necesario, excluir a la profesión médica de la pirámide laboral del DL N.º 1153 y retornar al DL N.º 559, Ley de Trabajo Médico, con las adecuaciones necesarias a la nueva realidad y con una escala salarial propia, con mayor flexibilidad y reconocimiento.

El Gobierno tampoco ha promovido la especialización profesional a través de la ampliación masiva de plazas en el Sistema Nacional de Especialización Médica, llamada de Residentado Médico. La reforma salarial errónea, heredada del

gobierno humalista, no avizora el cierre de las brechas de médicos en el corto plazo.

Por otra parte, el Gobierno aún no ha promulgado las normas aprobadas por el Congreso en el Pleno de la Salud. Especial mención merece la promulgación del Proyecto de Ley del Ejecutivo N.º 04674/2019-PE, sobre el reajuste salarial que debería empezar a pagarse a partir del mes de septiembre. Es obvio que hay descontento en los servidores del sector salud.

Las necesidades de salud de la población, las dificultades de la oferta de servicios, la escasez de recursos y de profesionales exigen articular y complementar el trabajo conjunto entre el Ejecutivo y el Legislativo. La confrontación genera exposición de riesgos a la salud de la población, sobre todo de la más pobre y vulnerable.

¹ El Peruano. Normas Legales. Decreto Legislativo N.º 1154. 12 de septiembre de 2013.

² Cuba, Herberth. Asociación Médica Peruana. amp.pe. 2020.

¿Putsch contra la República?

Tres imágenes que grafican la crisis política

Los hechos políticos ocurridos el 30 de septiembre de 2019 ya ocupan un lugar especial en la historia del Perú. La pasión del momento impide la objetividad que otorga el paso del tiempo. Sin embargo, dos ideas contrapuestas han sustentado las acciones de los actores: por un lado, “el apego a la constitución”; y por el otro, el *putsch* o golpe de Estado. La pasión del momento se ha inmortalizado en tres imágenes que han dejado huella en la conciencia del país.

La primera imagen ha sido captada durante la lectura del mensaje del presidente Martín Vizcarra en el que anunció la disolución del Congreso, según él, con apego a la Constitución, debido a “una negativa fáctica” del otorgamiento de la confianza por parte del Congreso de la República¹. Ha acuñado un neologismo “negativa fáctica” que dará pie a múltiples estudios, desde las más variadas posiciones y que además servirá para comprender cómo se erosiona la democracia, si va ligado a la controversia entre legitimidad y legalidad.

La “negativa fáctica” es una figura retórica para introducir una interpretación que se atribuye a comportamientos humanos sin apoyo probatorio, que reemplaza al discurso riguroso explícito, al cumplimiento de los procedimientos preestablecidos y a la comunicación escrita directa y comprobada. La apariencia de basarse en hechos es la que le otorga fuerza comunicacional y genera convicción de legitimidad, a pesar de estar reñida con la legalidad.

La frase “es legal, pero no legítimo” alude al estorbo de la legalidad vigente y, por tanto, sirve de pretexto para el quiebre del Estado de Derecho para crear otro en su reemplazo, sustentado en una nueva legalidad, creada por decreto, al amparo de ideologías y creencias. El atajo de la “negativa fáctica” sirve para pisotear ambos conceptos, tanto la legitimidad como la legalidad.

El atajo de la “negativa fáctica” sirve para pisotear ambos conceptos, tanto la legitimidad como la legalidad.

La segunda es la fotografía de Martín Vizcarra flanqueado alrededor de una mesa de trabajo por el jefe del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas y los comandantes generales de cada una de las tres fuerzas militares (Ejército, Marina y Aviación) y de la Policía Nacional. Todos muy bien uniformados y como marco escenográfico, el

Pabellón Nacional y una imagen del héroe Miguel Grau colgada de la pared. Además, la ausencia en la escena de los ministros de Defensa e Interior o de algún otro intermediador entre el jefe de Estado y el poder militar y policial consolida la autoridad y la discrecionalidad del líder. La fotografía transmite poder. Disuade. La difusión masiva de la fotografía por las redes sociales y el *mass media* reemplaza a los tanques y a los ejercicios bélicos de antaño.

La tercera imagen es el pronunciamiento de respaldo de los cuatro comandantes generales, con un diseño que utiliza los símbolos de cada fuerza militar y de la Policía Nacional, bajo el membrete del Ministerio de Defensa, aunque con la ausencia del membrete del Ministerio del Interior, que concluye que el ingeniero Martín Vizcarra es el jefe supremo de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. Esta imagen plantea inevitables preguntas: ¿Las Fuerzas Armadas y Policía Nacional son deliberantes? ¿El gobierno necesita enfatizar ese tipo de respaldo? ¿El pronunciamiento representa un hecho político? Las respuestas negativas a las primeras dos preguntas resaltan la respuesta afirmativa a la tercera. Representa el traspaso del poder de las urnas al poder de las armas.

Sin embargo, para que ese poder traspasado asegure gobernabilidad es necesario la continua polarización del país, de los más contra los menos, de los honestos contra los corruptos y, sobre todo, ensalzar los principios de transparencia y magnanimidad. La estrategia del “posicionamiento permanente” permite, día a día, participar desde el Estado en una campaña de legitimación política que permita armar en modo progresivo la estructura

legal del “nuevo Perú”, que además se vería consolidado con la ratificación que le otorgaría un futuro triunfo electoral mayoritario y sin atenuantes en los próximos comicios congresales.

La función legislativa que ha asumido el Poder Ejecutivo, luego de la disolución del Congreso, implica una doble mirada. Por un lado, como función mínima accesoria, con la finalidad de preservar el fuero congresal del próximo Congreso electo como expresión de la democracia. Por otro lado, el aprovechamiento al máximo de la función legislativa para crear nuevas reglas de funcionamiento y de estructura del gobierno y del Estado. Realizar las reformas sin mayor debate y con rapidez. Es decir, utilizar la política del hecho consumado. ¿Cuál mirada corresponde en esta circunstancia? Parece ser obviamente la primera. Sin embargo, no se descarta que se aplique la segunda y se saque provecho de la indefensión de los ciudadanos debido a la ausencia del equilibrio de poderes del interregno parlamentario. Es decir, hasta que se elija al nuevo Congreso de la República.

Realizar las reformas sin mayor debate y con rapidez. Es decir, utilizar la política del hecho consumado.

La peculiaridad de este periodo de concentración de poderes debería ser seguida con detenimiento y con activa participación por los países y las organizaciones internacionales, gubernamentales, intergubernamentales, de la sociedad civil, así como por los partidos políticos y los propios ciudadanos, como precaución y para evitar el abuso de poder y la violación de los derechos humanos, de las organizaciones políticas, sindicales, empresariales y otras formas de participación de la sociedad civil. La Defensoría del Pueblo y el Tribunal Constitucional están obligados a desempeñar un rol fundamental en este periodo. ¡La defensa y el fortalecimiento de la República y la democracia es tarea de todos!

¹ Diario Oficial el Peruano. Normas Legales. 30 de septiembre de 2019.

Decretos, Plan de Competitividad y salud

Ciudadanía tiene el derecho de conocer y debatir

La juramentación de los nuevos ministros, luego de la disolución¹ del Congreso de la República, no ha traído novedades. El nuevo presidente del Consejo de Ministros ha realizado diversas declaraciones a la prensa, con la finalidad de calmar las inquietudes e infundir confianza. La valoración constitucional del quiebre del Estado de derecho sigue en la agenda política, a la espera de la resolución del Tribunal Constitucional, cuya participación dirimente ha sido propuesta por la Organización de Estados Americanos (OEA), el Congreso de la República y la Defensoría del Pueblo. Mientras tanto, el Poder Ejecutivo, que ha asumido la función legislativa del Congreso de la República, según el artículo 135 de la Constitución, legisla a través de Decretos de Urgencia.

Una primera observación con relación a los Decretos de Urgencia es que, según el artículo 118 de la Constitución, tienen un ámbito muy restringido, referidos al económico y financiero. Y el artículo 135 que autoriza que, en el interregno entre la disolución del Congreso y la elección del nuevo, se legisle mediante Decretos de Urgencia, pero no precisa ámbito ni materias. La falta de precisión permite varias interpretaciones.

La primera sería ceñirse a las facultades que le otorga al presidente el artículo 118 de la Constitución Política. Es decir, legislar sobre materia económica y financiera. No existe, según la Constitución, ninguna facultad adicional que tenga el presidente “para dictar medidas extraordinarias” legislativas en ninguna otra circunstancia especial o extraordinaria. Al contrario, según el artículo 134, tiene una prohibición expresa: no puede alterarse el sistema electoral preexistente.

“

Una primera observación con relación a los Decretos de Urgencia es que, según el artículo 118 de la Constitución, tienen un ámbito muy restringido, referidos al económico y financiero. Y el artículo 135 que autoriza que, en el interregno entre la disolución del Congreso y la elección del nuevo, se legisle mediante Decretos de Urgencia, pero no precisa ámbito ni materias.

”

La segunda interpretación del artículo 135 de la Constitución implica una habilitación amplia para legislar sobre cualquier aspecto y naturaleza de las cosas. A pesar de que, según el artículo 118, el decreto de urgencia se encuentra definido en modo claro, y que esa función amplia no se encuentra normada en modo explícito entre las atribuciones del presidente. Esta interpretación colisiona con las bases de la república y la democracia, porque hay ciertos derechos y libertades fundamentales al margen de las mayorías legislativas y de la política cotidiana. Es además, el concepto básico del control constitucional.

Es obvio que estas inquietudes deberán ser resueltas por el Tribunal Constitucional. No es poca cosa, definir con claridad las facultades del presidente en materia legislativa durante el paréntesis (interregno) parlamentario. ¿Puede modificar la Constitución mediante Decretos de

Urgencia? ¿Puede derogar o modificar leyes orgánicas? ¿Qué rango y que se entendería por decretos de urgencia con fuerza de Ley, si el ámbito de este decreto de urgencia se ampliara en modo irrestricto?

El presidente del Consejo de Ministros, luego de la disolución del Congreso de la República, ha trazado las prioridades del Ejecutivo que, según el diario Gestión, son “la ejecución presupuestal y las elecciones”. Señaló además “que si bien el 100 % de las normas recae en el Ejecutivo, será cauto y precavido a la hora de emitir los decretos de urgencia”. Además, ha indicado que “se ha tejido una expectativa de que todo lo que no se podía aprobar por el Congreso, ahora será aprobado a través de los decretos de urgencia, y no será así”. “No todos los proyectos que envió el Ejecutivo al Congreso se terminarán convirtiendo en decretos”.

La ministra de Salud, según el Portal del Gobierno (gob.pe), dio a conocer los objetivos de su nueva gestión ministerial, entre los que destaca el aseguramiento, lucha contra la corrupción y mejora de la infraestructura. A contracorriente de lo señalado por el premier, insistió en la “necesidad de que se apruebe el proyecto de ley presentado al Congreso de la República para el acceso de los medicamentos genéricos y esenciales en las cadenas de boticas”. Además, ha pasado por alto cuál será el impacto en el sector Salud

“

No es poca cosa, definir con claridad las facultades del presidente en materia legislativa durante el paréntesis (interregno) parlamentario.

”

del Plan Nacional de Competitividad y el Plan Nacional de Infraestructura, que promueve las asociaciones público-privadas y las tercerizaciones que, según el premier, “son las líneas maestras que van a orientar el manejo económico del país”. Los objetivos de la gestión de la ministra de salud generan aún más dudas con relación al respeto del marco legal de Essalud y, sobre todo, cómo evitará que el aseguramiento no quiebre a Essalud.

El nuevo Consejo de Ministros tiene la obligación de elaborar, según el artículo 130 de la Constitución, la Política General de Gobierno y las principales medidas que requiere su gestión. A pesar de que el Congreso esté disuelto y no pueda plantear confianza, la ciudadanía en general tiene el derecho de conocer y debatir. Es necesario que la población conozca, por ejemplo, la política general de salud y las medidas que adoptará el sector: El presidente ha reiterado su confianza en la actual ministra de Salud, a pesar que solo ha ejecutado el 23 % del presupuesto asignado a su sector para los proyectos de inversión y de las múltiples quejas y denuncias de la prensa nacional. ¡Erradiquemos la política de hechos consumados!

¹ Cuba Herberth. Asociación Médica Peruana. amp.pe. 2020.

Lecciones aprendidas sobre reforma de salud

Para evitar “el salto para atrás” vía decretos de urgencia

El nuevo Consejo de Ministros, luego de la disolución del Congreso de la República¹, ha adquirido nuevas funciones legislativas. El riesgo que implica esa centralización del poder es que se promulguen normas sin el debido debate y sin la participación de la sociedad.

Desde el 2016 el gobierno, luego de arduos debates, a veces muy extremos y polarizados en el Congreso de la República, promulgó una serie de leyes que crearon múltiples políticas con la finalidad de lograr un mejor estado de salud de toda la población, de fortalecer la seguridad social en salud, con prestaciones de salud, económicas y sociales, de mancomunar riesgos para evitar la desprotección financiera y de lograr mayores niveles de satisfacción de todos los peruanos. Quizá la palabra “reforma” podría sintetizar ese arduo trabajo; sin embargo, no fue utilizada debido a su desprestigio. Recordemos que el Foro del Acuerdo Nacional sesionó durante el 2015, para darle una salida a los conflictos insalvables en que incurrió la llamada reforma de salud humalista.

Solo basta recordar la enorme desburocratización que significó la desactivación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (Ley N.º 30526), el fortalecimiento del primer nivel y la creación de las Redes Integradas de Salud (Ley N.º 30885), la creación de la Cartera de Atención de Salud Intercambiable (RM 1069-2017/Minsa), la modificación del rol del Seguro Integral de Salud para custodiar su sostenibilidad (DL N.º 1346), el intercambio prestacional para eliminar la fragmentación y segmentación de

Sistema de Salud (DL N.º 1302), el nuevo rol de Susalud (DL N.º 1289) y el fortalecimiento de la rectoría de Ministerio de Salud (Ley N.º 30895), entre otras promulgadas desde el 2016.



El riesgo que implica esa centralización del poder es que se promulguen normas sin el debido debate y sin la participación de la sociedad.



Sin embargo, la actual ministra de Salud ha planteado un “salto para atrás”. Volver a la reforma humalista. El sustento ideológico de la llamada reforma de salud humalista fue proporcionado por los exministros Óscar Ugarte, Midori de Habich y Aníbal Velásquez. La exministra publicó en septiembre de 2019 un artículo que presume dar “lecciones más amplias que se extienden más allá del Perú” titulado *Leadership politics and the evolution of the*

universal health insurance reform in Peru. Cito, entre comillas, las ideas más saltantes de la autora y su respectivo comentario:

1. *“El Perú ahora se encuentra en el camino hacia la cobertura universal en salud (UCH), con el 87 % de su población cubierta por un seguro de salud”.*

Es obvio que confunde el aseguramiento que es “protección financiera”, frente a la real atención médica. El drama del Perú es la gran brecha insatisfecha por falta de médicos, de atención médica y de servicios de salud. El financiamiento del SIS solo representa el 10 % del gasto total de todos los pacientes del Minsa y de los Gobiernos Regionales. Es imposible extrapolar que la población afiliada al SIS ya recibe atención médica y de salud. En realidad, la población solo tiene un alivio, una ayuda para luchar contra la enfermedad. El gasto de bolsillo en salud se mantiene en más del 30 % del gasto global. Además, “su reforma” soslayó la promoción de la salud, la prevención, la Atención Primaria de Salud y la incidencia en los determinantes económicos, sociales y culturales. Es necesario, cambiar ese enfoque curativo por uno preventivo y promocional.

2. *“Este documento describe las políticas que rodean la configuración de la agenda y el proceso de formulación de políticas que condujeron a la adopción de la Ley de Cobertura Universal de Salud en 2009,*

que ha sido fundamental para ampliar la cobertura.”

Es falso. La ley promulgada el 2009, es la Ley N.º 29344, Ley Marco de Aseguramiento en Salud. Bajo su gestión se legisló la llamada reforma con un “paquetazo de 23 decretos legislativos. No participaron en su elaboración la sociedad civil ni el Congreso de la República.



El drama del Perú es la gran brecha insatisfecha por falta de médicos, de atención médica y de servicios de salud.



3. *“Esta reforma estableció un sistema de seguro de salud obligatorio, que incluye un Paquete de Beneficios de Salud Esenciales (Plan Esencial de Aseguramiento-PEAS) que es financiado por tres esquemas de seguro de salud (subsidiado, contributivo y semicontributivo).”*

No existen en el Perú los seguros obligatorios para la salud, a excepción de los servidores en planilla afiliados a la Seguridad Social de Essalud, a la Policía y a las Fuerzas Armadas. Además, el PEAS, todavía no existe. Esta entrampado. Los tres esquemas de financiamiento de la salud están previstos en la Ley N.º 26842 desde 1997. El Seguro integral de Salud ha existido desde el 2001, antes de la reforma humalista.

4. *“Surgen algunas lecciones más amplias que se extienden más allá del Perú”. “Resaltar la importancia de un proceso de creación de consenso”, “identificar y resolver los desacuerdos que puedan surgir en la fase legislativa”.*

Estas tres frases ponen en entredicho la reforma humalista, porque no hubo consenso ni fase legislativa en el Congreso de la República. Eso sí, hubo fallas en el diseño y enormes conflictos en la fase de implementación. La imposición vertical del paquetazo normativo mercantilista fue un factor detonante.

Dadas las circunstancias es necesario evitar “el salto para atrás” vía decretos de urgencia, y reglamentos que alteren la esencia de las leyes.

¹ Cuba Herberth. Asociación Médica Peruana. amp.pe. 2020.

Controvertido decreto de urgencia sobre medicamentos

Norma modifica sistema de abastecimiento

El premier declaró a los medios de comunicación que los proyectos de Ley que el Poder Ejecutivo había remitido al Congreso de la República antes de su disolución no serían promulgados vía decretos de urgencia, sin embargo, la ministra de Salud ha insistido que el decreto de urgencia¹ que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad, está listo y se “promulgará en estos días”. Es decir, el proyecto N.º 4494/PE-2019 que había sido remitido al Parlamento el 20 de junio de 2019, se promulgará ahora vía decreto de urgencia.

La norma redefine una serie de términos, modifica el sistema de abastecimiento público de medicamentos, autoriza la transferencia de fondos a la Organización Panamericana de Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa) para la adquisición de medicamentos y obliga a un stock mínimo de medicamentos genéricos en las farmacias y boticas privadas, que incluye multas y sanciones, entre otros. Cada acápite podría haberse legislado en modo separado con la finalidad de mejorar el debate y la búsqueda de consenso.

La primera controversia se refiere a las redundancias de las definiciones de los términos. Por ejemplo, se define a los llamados recursos estratégicos en salud a aquellos recursos que son reconocidos como esenciales en los petitorios nacionales y sus listas complementarias, así como a los plaguicidas y otros de uso veterinario, aprobados por la Autoridad Nacional de Salud.

Es decir, se redunda en los conceptos de estratégicos, esenciales y petitorios. Sin embargo, no hay nada sobre la transparencia en la elaboración de los petitorios y menos en la consideración de lo que es “esencial”. Los criterios de inclusión y exclusión de los fármacos en los petitorios deberían ser justificados con rigor. El Poder Ejecutivo no debería escudarse en el tecnicismo y el conflicto de intereses para eliminar la transparencia. La participación de la sociedad civil, de los usuarios, de los profesionales de la medicina y la salud, así como de las empresas interesadas y otros, es imprescindible.

La segunda controversia se refiere a la falta de diferenciación entre los medicamentos genéricos y los biosimilares. ¿Cuáles serían los mecanismos para promover su uso?, ¿Qué medidas se plantearán? ¿Se referirán al registro sanitario automático de los biosimilares? ¿Qué se entiende cuando se refieren a medidas que abarcan aspectos de producción? Es curioso que la norma no incluya el requisito de la bioequivalencia y la intercambiabilidad como garantía de calidad para los medicamentos genéricos y tampoco, el cumplimiento de los requisitos que exige la OMS para los medicamentos biosimilares.

El Poder Ejecutivo no debería escudarse en el tecnicismo y el conflicto de intereses para eliminar la transparencia.

La tercera controversia se refiere a las modificaciones de la cadena de abastecimiento público de los recursos estratégicos del sector salud. Es cierto que el abastecimiento de fármacos en los establecimientos públicos tiene una serie de deficiencias. Las compras conjuntas corporativas con todos los componentes públicos del Sistema Nacional de Salud son complejas, burocráticas, ineficientes e ineficaces. La duración promedio de cada compra es un año. Es necesario corregir esa anomalía. La solución que plantea la norma es la creación de un Operador Logístico “en el marco del Sistema Nacional de Abastecimiento” y la transferencia de fondos a la OPS, Unicef y Unpfa para la adquisición de medicamentos.

La norma no precisa las características del operador logístico, ¿Pertenece al Minsa o es un tercero? ¿Cuál será el rol de Cenares? ¿Qué mecanismos de control evitará las dificultades de ser juez y parte en el proceso de abastecimiento del propio Minsa, pero también de Essalud, del Ministerio del Interior, del Ministerio de Defensa, del Ministerio de Justicia, del Instituto

Nacional Penitenciario, de los gobiernos regionales y de otras entidades públicas que brinden servicios de salud? Además, es inexplicable que la norma no aproveche las ventajas que ofrece la Ley N.º 30895 de fortalecimiento de la función rectora del Minsa. Además, ¿por qué es gradual? Es un retroceso. Las compras conjuntas corporativas del sector público, a pesar de las dificultades, se realizan desde el año 2006. El Minsa deberá dar una explicación.

En relación con la transferencia de fondos a la OPS, Unicef y Unpfa para la adquisición de medicamentos, la novedad consiste en obtener una autorización

“

La norma no precisa las características del operador logístico, ¿Pertenece al Minsa o es un tercero? ¿Cuál será el rol de Cenares?

”

definitiva y permanente, frente a las autorizaciones anuales que se consignan en la Ley de Presupuesto. Sin embargo, como es conocido a las organizaciones internacionales, por su propia naturaleza, las autoridades de control nacional, no las pueden fiscalizar, salvo que las propias organizaciones se sometan en modo voluntario a la jurisdicción nacional y a la Contraloría General de la República. ¿No sería necesario incorporar este mecanismo de

control y transparencia? ¿No sería necesario evaluar el impacto de esa decisión en la industria nacional y en los importadores? Además, la norma debería precisar la farmacovigilancia y la responsabilidad legal de esas compras.

La política del hecho consumado no es una buena alternativa para diseñar la política nacional de salud y menos la de medicamentos. Las controversias y los conflictos surgirán en la fase de implementación. La experiencia internacional y nacional es frondosa y aleccionadora.

¹ Diario oficial El Peruano.

Minsa culpa a boticas y farmacias por desabastecimiento

Un controvertido Decreto de Urgencia

El desabastecimiento y la carestía son los argumentos del Ministerio de Salud (Minsa) para la promulgación de un controvertido decreto de urgencia, que incluso ha obligado al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a presentar una serie de objeciones. Es necesario aclarar que el desabastecimiento se da en el sector público y la supuesta carestía en el sector privado. El abastecimiento adecuado, oportuno y con medicamentos de calidad en los 8 000 establecimientos farmacéuticos, distribuidos en cada uno de los 1 860 distritos que tiene el Perú, se convierte en la mejor herramienta para anclar hacia la baja los precios de los medicamentos en el mercado privado.

Como ya se ha analizado y explicado, el gobierno pretende, a través de un controvertido decreto de urgencia, crear un órgano logístico cuyos detalles aún no se han dado a conocer, y además autoriza la compra a través de organismos intergubernamentales internacionales (como OPS, Unicef y Unpfa), con la correspondiente comisión, sin tope de dinero y sin ningún mecanismo de fiscalización. Se agrega la obligatoriedad de las farmacias y boticas privadas a mantener una disponibilidad de medicamentos genéricos, además de multas y sanciones, entre otros.

El gobierno pasa por alto que casi la totalidad de fármacos que mantiene en stock una farmacia y botica es genérico. Los medicamentos innovadores son pocos. El problema no es el llamado medicamento genérico en sí, sino la eficacia, la calidad y el precio. Sin embargo, el Minsa aún no acredita la bioequivalencia y la intercambiabilidad de los medicamentos. Falta garantizar que el original y la copia son idénticos y equivalentes desde el punto de

“

Es necesario aclarar que el desabastecimiento se da en el sector público y la supuesta carestía en el sector privado.

”

vista terapéutico. El Minsa debe colocar el sello, similar al octógono que se coloca en los alimentos, que acredite que un medicamento es bioequivalente e intercambiable. Solo a partir de ese momento el médico podría saber qué receta y el paciente qué consume.

Esa falencia del Minsa es cubierta por las propias empresas farmacéuticas al agregarle una marca al genérico de su producción, con la finalidad de dar una señal de eficacia y calidad a los consumidores, a los pacientes y a los médicos. Mientras que el Minsa no acredite la eficacia y calidad de los genéricos es imposible que las empresas eliminen el concepto de genérico de marca. Menos aún, que se pueda exigir al médico que asuma responsabilidad profesional sobre un fármaco cuya eficacia y calidad desconoce.

Un segundo aspecto es que a partir de la promulgación del cuestionado decreto de urgencia se crearía el concepto de “genéricos esenciales”, que englobaría a un grupo de genéricos que, por su importancia y necesidad, siempre deben estar en los anaqueles de las farmacias y boticas privadas. Este requerimiento adicional pondrá en aprietos a las farmacias y boticas pequeñas, que no pertenecen a las grandes cadenas, no solo por el sobrecosto en la inmovilización permanente de stocks, sino también por el impacto de la aplicación de sanciones y multas. Es decir, se favorecerá la concentración y la posición de dominio de las grandes cadenas.

“

El gobierno pasa por alto que casi la totalidad de fármacos que mantiene en stock una farmacia y botica es genérico.

”

Un tercer aspecto es que en el Perú no existe control de precios. El precio de un medicamento genérico está sujeto al mercado. Si el gobierno introduce por un decreto de urgencia la inmovilización en las farmacias y boticas de una cantidad de fármacos llamados “genéricos esenciales”, significa que está dispuesto a que el costo de esa inmovilización sea transferido al consumidor. Además, también está dispuesto a aceptar que en ese stock de medicamentos “genéricos esenciales” se incluyan los “genéricos de marca”,

por cuanto no hay control de precios. El gobierno debería ser consciente de que es probable que el decreto de urgencia provoque un alza del precio de los medicamentos llamados “genéricos esenciales”. Es decir, el efecto contrario al deseado.

Un cuarto aspecto es el alto grado de falsificación de medicamentos. Algunos analistas señalan la cifra en 15 % y otros hasta el 30 % del mercado farmacéutico.

“

Falta garantizar que el original y la copia son idénticos y equivalentes desde el punto de vista terapéutico.

”

Los llamados medicamentos “bamba” representan un grave riesgo para los pacientes y usuarios, para los médicos y para el mercado farmacéutico. Sin embargo, el Minsa no hace lo suficiente, debido a la escasa capacidad operativa, para la fiscalización y el control no solo contra los medicamentos “bamba”, sino contra todas las actividades relacionadas al medicamento.

Un quinto aspecto está relacionado con la evaluación del costo-beneficio de la fiscalización del cumplimiento de la disponibilidad de medicamentos “genéricos esenciales” en los anaqueles de las farmacias y boticas. El Minsa no ha cuantificado a cuánto ascenderá el gasto en la creación de las nuevas brigadas de control, de la recepción y tramitación del reclamo, además del gasto para fiscalizar el buen desempeño de los funcionarios y la prevención del soborno y la corrupción. La paradoja es que el propio Minsa ha señalado que serían unos treinta productos, genéricos esenciales y, por lo tanto, el ahorro al ciudadano sería mínimo. Pero para el Estado el gasto en fiscalización y control sería cuantioso. El próximo Congreso de la República tendrá una ardua tarea en este tema.



Retroceso del primer nivel y de la Atención Primaria de Salud

El eje sobre el cual gira el Sistema Nacional de Salud

Luego de 10 meses del inicio de la actual gestión del sector Salud¹ y de casi 11 meses de la promulgación de la Ley N.º 30885 (de Redes Integradas de Salud), el Minsa ya debería mostrar logros, aunque sea mínimos, en el fortalecimiento del primer nivel de atención y de la Atención Primaria de Salud. Sin embargo, ha ocurrido todo lo contrario. Se ha empezado a desmontar los avances de gestiones anteriores.

El primer nivel de atención de salud es el eje sobre el cual gira el Sistema Nacional de Salud. Son establecimientos de salud que facilitan y coordinan los flujos de los pacientes y usuarios en función de la capacidad de respuesta integral del sistema hospitalario y “la puerta de entrada y adscripción” al Sistema Nacional de Salud. El primer nivel de atención tiene una serie de tareas, como la Atención Primaria de Salud, la medicina preventiva, la incidencia en los determinantes económicos, sociales y culturales y la salud pública. Además, gestiona los riesgos, la promoción de la salud y el control de daños y enfermedades. El estudio del terreno biológico y la detección precoz de las enfermedades en cada uno de los usuarios sanos y enfermos, como personas, en la familia y en la comunidad.

La mayoría de las veces, cuando la enfermedad recién comienza no da síntomas o estos son inespecíficos; por lo tanto el diagnóstico es difícil, pero la curación en general es sencilla, completa y barata. Al contrario, cuando la enfermedad está avanzada, el diagnóstico es más sencillo, pero la curación requiere procedimientos, tecnología y, por tanto, es costosa y deja secuelas permanentes en el paciente. Es decir, es fundamental contar con especialistas

para atender a los sanos, examinar su carga genética, administrar su riesgo, realizar la detección precoz de las enfermedades, realizar la promoción y prevención, incidir en los determinantes económicos, sociales y culturales y sobre todo insistir en los estilos de vida saludables, adecuados a cada persona, familia y comunidad.

La Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia creada en Alma Ata por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1978, con la finalidad de involucrar a la propia comunidad a través de medios aceptables, fundados

“

La mayoría de las veces, cuando la enfermedad recién comienza no da síntomas o estos son inespecíficos; por lo tanto el diagnóstico es difícil, pero la curación en general es sencilla, completa y barata.

”

en la ciencia, baratos y con gran impacto en la salud y en desarrollo local, realizado por la propia comunidad, en la comunidad y para la comunidad. El primer nivel de atención de salud es uno de los promotores, junto con la comunidad, con las autoridades electas y otros actores, de la Atención Primaria de Salud.

Desde el inicio del nuevo gobierno, en el 2016, y luego de los avances en el consenso del Foro del Acuerdo Nacional del año 2015, llamado “Los objetivos de la Reforma de Salud”, se planteó la necesidad de pasar del

enfoque organizacional del Sector Salud (basado en la curación) hacia uno preventivo y promocional. Ese proceso incluía subsanar el abandono del primer nivel de atención y de la Atención Primaria de Salud que se heredó del gobierno humalista y su fallida “reforma de salud” curativa y mercantilista.

En Lima Metropolitana se crearon las cuatro direcciones de redes Integradas de salud (Diris), Norte, Sur, Centro y Este, para gestionar las Redes Integradas de Salud (RIS) por crearse. Se aprovechó con eficacia y legalidad el Decreto Legislativo N.º 1153, que otorga bonos de especialidad a los servidores profesionales especialistas y se les denegó el desplazamiento a los hospitales, además se fortaleció el equipo de Atención Primaria de Salud a través del respectivo bono en los diversos establecimientos que configurarían una RIS. Se adscribió a los especialistas, en modo administrativo y funcional a los establecimientos de mayor capacidad resolutive de la RIS, los denominados

“Estratégicos I-4”. Se amplió el horario de atención de solo 6 horas a 12 y 24 horas, con el correspondiente pago de guardias hospitalarias o comunitarias. Es decir, se abandonó la evaluación de la capacidad resolutive por establecimiento y se pasó a la acreditación de la capacidad resolutive por RIS.

Sin embargo, las Diris que deberían funcionar solo con 50 personas, hoy bordean las 800. Los indicadores de gestión y sanitarios son malos. Se ha perjudicado a la población. Los servidores del primer nivel de atención de las Diris no han cobrado el bono anual, que se paga en octubre, por cumplimiento de metas. Sin embargo, los servidores hospitalarios han cobrado sus respectivos bonos, sin problemas.

“

Ese proceso incluía subsanar el abandono del primer nivel de atención y de la Atención Primaria de Salud que se heredó del gobierno humalista y su fallida “reforma de salud” curativa y mercantilista.

”

Por ejemplo, en la Diris Lima Norte, en sentido contrario al mandato expreso del DLN.º 1153, han dejado de pagar los bonos a determinados especialistas y han disminuido el número de guardias. Hay desazón por la amenaza de eludir el pago incluso del bono de Atención Primaria. Se percibe inseguridad y maltrato laboral. La Oficina de Control Interno, en lugar de fiscalizar a los funcionarios de la Diris que realizaron las programaciones de actividades, se dedican a fiscalizar a los servidores, como si estos se hubiesen autoprogramado.

El esfuerzo de retener a los especialistas en el primer nivel de atención ha sido en vano. Una vez más los especialistas retornan al hospital, a la medicina curativa. ¡El premier y el presidente deben corregir!

¹ Cuba Herberth. Asociación Médica Peruana. amp.pe. 2019

SIS ¿se espera algo?

La afiliación de cuatro millones de nuevos usuarios

Las exposiciones del presidente de la República y del premier¹ sobre la política general del gobierno y las principales medidas que requiere su gestión –en cumplimiento del artículo 130 de la Constitución, debido a la disolución del Parlamento– se realizaron en un improvisado acto protocolar en Palacio de Gobierno. La ciudadanía escuchó la reiteración de la política general de gobierno y de las mismas medidas de gestión previas al cierre del Congreso de la República. Dos preguntas que flotaban en el ambiente antes de las exposiciones –¿cuáles eran las medidas que obstaculizaba el Congreso disuelto? y ¿cuál sería la nueva política general de gobierno y con qué medidas se llevaría a cabo?– quedaron sin respuesta.

En salud, no hay ninguna novedad. Eso sí, se ha presentado lo viejo y trillado como nuevo. La afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) de cuatro millones de nuevos usuarios es una propuesta que viene desde la creación del SIS, en el año 2001. El tema no es solo más financiamiento, sino la falta de capacidad operativa en la oferta de servicios. Hay escasez de médicos, otros recursos humanos, equipos, insumos e infraestructura, tanto en los hospitales como en los centros de salud. Además, se ha reiterado el “error” del humalismo: creer que con solo afiliar a los ciudadanos, en modo mágico, ya tienen atención médica gratuita. Pasemos revista a algunas objeciones, de cuya solución depende el fortalecimiento del SIS.

La primera objeción es que el gobierno aún no ha definido cuál será la ruta que tome el SIS. ¿Seguirá siendo un fondo de alivio a la pobreza, mercantilista y solo financiador o transitará hacia la seguridad social plena? Si se incorporan

cuatro millones de nuevos afiliados, ¿cuáles serán sus beneficios? Hoy el SIS solo financia el 10 % del gasto de los hospitales, el 90 % restante lo cubren los hospitales y los propios pacientes. El gobierno no ha hecho explícita la cifra del gasto adicional para los nuevos afiliados.

La segunda objeción es definir si se mantiene con el enfoque de negocio privado, con listas de exclusiones de daños o enfermedades, o como un sistema de seguridad social que garantiza el derecho humano a la salud, sin exclusiones y universal. Es necesario tomar en cuenta que cuando el sistema privado pone exclusiones, el ciudadano recurre al sistema público; pero cuando el sistema público excluye, el ciudadano es puesto ante la disyuntiva de enjuiciar al Estado para cautelar su derecho a la salud o dejarse morir. El gobierno no puede crear un sistema que favorezca el negocio privado



La primera objeción es que el gobierno aún no ha definido cuál será la ruta que tome el SIS. ¿Seguirá siendo un fondo de alivio a la pobreza, mercantilista y solo financiador o transitará hacia la seguridad social plena?



y que en modo intencionado cree formas de violación sistemática de los derechos humanos.

La tercera objeción es con relación al rol del régimen semicontributivo (semisubsidiado), de los posibles nuevos afiliados. Existe una serie de empresarios informales o personas no pobres que puede pagar algo. Es decir, una parte ponen los afiliados y otra el gobierno. Sin embargo, es poco atractivo pagar por algo que es gratuito, salvo que se ofrezca una real atención de salud, con cobertura universal; es decir, para todas las enfermedades y en todo el territorio nacional. La gran mayoría

de los cuatro millones de posibles nuevos afiliados pertenecen al mundo informal, o aquellos catalogados como no pobres, pero que se encuentran cerca de la línea de pobreza. Además hay no pobres cuyo gasto en alguna enfermedad podría exceder el ingreso familiar. Solo un sistema de seguridad social logra la mancomunación de riesgos y la solidaridad, a través de prestaciones de salud, sociales y económicas.

La cuarta objeción está relacionada con la movilidad de régimen al interior del Seguro Integral de Salud. Por ejemplo, un usuario del régimen subsidiado o gratuito puede pasar al régimen semicontributivo o al revés. El SIS posee

mecanismos propios del sistema privado; por ejemplo, latencia, carencia y preexistencia. Es increíble que se aplique la carencia a un afiliado que pasa del régimen subsidiado al semicontributivo del propio SIS, y pongan en riesgo la salud del afiliado por la espera que la carencia supone. Igual que para afiliarse al SIS sea necesario esperar el periodo de latencia que otorga Essalud y luego, en modo adicional, el SIS aplique la carencia. La continuidad de la atención médica y de salud debería tener salvaguarda frente a los arreglos administrativos.

La quinta objeción se refiere a la compra de atenciones médicas al sector privado. La normatividad actual la autoriza para los casos de emergencia y cuando no existe capacidad de oferta en el sector público. Sin embargo, durante el lustro humalista la flexibilidad, bajo sistemas abreviados de contrataciones, permitió comprar servicios al sector privado en desmedro de las arcas del SIS. Las deudas heredadas

al sector público ascendieron a casi 2 500 millones de soles. Las compras al sector privado requieren el pago completo del gasto, más la utilidad. En cambio, a los hospitales públicos el SIS como ya se ha explicado, paga en promedio general solo el 10% del gasto. La custodia de la sostenibilidad del SIS requiere definir con claridad esta relación.

“

...durante el lustro humalista la flexibilidad, bajo sistemas abreviados de contrataciones, permitió comprar servicios al sector privado en desmedro de las arcas del SIS.

”

¹ Cuba Herberth. Asociación Médica Peruana. amp.pe. 2019.

Consentimiento, falta de ventilador y muerte

El invalorado y sacrificado trabajo médico

Según un medio de comunicación, el 4 de agosto de 2019¹ nació en la Maternidad de Lima un bebé de 1 300 gramos, prematuro y con insuficiencia respiratoria. Falleció luego de que por más de ocho horas los médicos le brindaran asistencia ventilatoria en modo manual, debido a la falta del equipo de ventilación mecánica. La madre señaló que “tenía siete meses de gestación y una infección llamada corioamniotitis”; pero además que antes de entrar a la sala de operaciones “le hicieron firmar un documento” en el que se le informaba que no había ventilador mecánico para el bebe. Agregó que “me obligaron a firmar un documento est

en estado crítico... se han lavado las manos y me hacen responsable de la muerte de mi bebé”.

El primer tema es cómo se implementa la Política Nacional de Lucha contra la Prematuridad y el Fortalecimiento del Control Prenatal, además de repotenciar las unidades de cuidados neonatales de los hospitales para cuando los niños lleguen. Como sabemos, no solo son incubadoras, sino también los recursos humanos, la alimentación parenteral, los ventiladores mecánicos y los equipos de resucitación, solo por poner los ejemplos más saltantes.

Existe poca comprensión del rol de la medicina preventiva en los funcionarios a cargo de los establecimientos del primer nivel de atención de salud. Las direcciones de redes integradas de salud (Diris) no comprenden la importante función que cumplen los médicos generales y los médicos especialistas en esta tarea. No hay medicina preventiva sin médicos. El constante maltrato salarial

“

Agregó que “me obligaron a firmar un documento estando en estado crítico... se han lavado las manos y me hacen responsable de la muerte de mi bebé”.

”

—en los bonos, en los horarios, en la programación de actividades y los descuentos indebidos—, la persecución y la amenaza contra los médicos afecta a los pacientes. Los gremios médicos hospitalarios deberían ser más solidarios con los médicos del primer nivel de atención, porque su buen desempeño les ahorraría muchos casos complicados y denuncias médico legales. Los funcionarios del Ministerio de Salud, muchos de los cuales son “exmédicos”, debido a que no ejercen la medicina desde que obtuvieron el título, transfieren

su responsabilidad y frustración a los médicos en ejercicio.

El segundo tema son las condiciones del ejercicio profesional que obligan a los médicos a apelar a la medicina defensiva. Es decir, a la aplicación de tratamientos, pruebas y procedimientos con el propósito principal de defender al médico de la crítica y evitar controversias judiciales, por encima del diagnóstico o el tratamiento del paciente. Las carencias se enfrentan a las expectativas del paciente. La realidad hospitalaria frente a las necesidades de los ciudadanos. El médico es obligado a demostrar en cada etapa de la relación médico paciente que ha actuado con diligencia y de acuerdo con su realidad. Es la circunstancia en que se firmó el documento “consentimiento informado”. Sin embargo, los funcionarios se esconden bajo la manida frase “vamos a investigar” y “se sancionará al responsable”, y los pacientes recurren a todo tipo de denuncias contra los médicos, única cara visible de los hospitales. Los médicos, en estas circunstancias, se tienen que defender entre dos fuegos.

El tercer tema es la emergencia para salvar la vida de la madre y del bebé. Hay que tomar en cuenta que la corioamniotitis es la infección del líquido y las membranas fetales en las que se encuentra el bebe,

“

El segundo tema son las condiciones del ejercicio profesional que obligan a los médicos a apelar a la medicina defensiva.

”

“

La intervención de los médicos ha sido oportuna y, además, el niño ha sido atendido en modo permanente, incluida la ventilación manual que es estresante y agotadora.

”

dentro del vientre materno. Las causas –como la prematuridad, la infección genital, la anemia, la rotura prematura de las membranas fetales, entre otros aspectos– ponen en riesgo la vida de la madre y del feto. Las medidas de prevención son claves: sin embargo, luego de detectada la enfermedad, la intervención inmediata es inevitable para salvar la vida de la madre, aunque el pronóstico de vida del niño depende del manejo de las complicaciones de la prematuridad y del propio desarrollo fetal. La

intervención de los médicos ha sido oportuna y, además, el niño ha sido atendido en modo permanente, incluida la ventilación manual que es estresante y agotadora.

El cuarto tema se refiere al valor del documento firmado antes de entrar a sala, llamado “consentimiento informado”. El documento tiene valor en la medicina defensiva. Es necesario que el paciente tome conocimiento de las condiciones en las que atiende un médico. No es un requisito para realizar la operación quirúrgica, debido a que el documento “consentimiento informado” está exceptuado en las situaciones de emergencia. Nadie puede consentir contra su vida. La Constitución Política ha consagrado como primer valor a la defensa de la vida y la salud. En el mismo sentido, la ética médica consagra como su primer valor *primum non nocere*; es decir, en primer lugar, no hacer daño. La coherencia es completa.

La madre culpa de su desgracia a los médicos, es lo que tiene a la mano. Sin embargo, no valora el sacrificio del trabajo médico a pesar de las carencias. Y ¿los responsables? Agazapados detrás de sus escritorios, protegidos por la política y la inoperancia del gobierno.

¹ Cuba Herberth. cuba.pe. 2019





Capítulo 2

Reiteración de la reforma humalista y el Año de la Universalización de la Salud

Acontecimientos entre el 20 de noviembre de 2019
y el 28 de febrero de 2020

Nueva ministra de Salud y prioridades del presidente

María Hinostroza es directora de la Sanidad Policial¹

El día 18 de noviembre de 2019² ha sido designada como ministra de Salud María Elizabeth Hinostroza Pereyra, luego que renunciara su antecesora, envuelta en diversas acusaciones difundidas por los medios de comunicación. La nueva designación nos deja apreciar el diagnóstico sobre la situación de salud que tiene el presidente de la República. La ventaja que ofrece un cambio de ministros es que permite al presidente analizar la realidad y redefinir sus prioridades. En seguida, las prioridades plasman las características del perfil del puesto y los requisitos del funcionario que cubrirá esa posición. Luego de la designación es posible el análisis inverso; es decir, el análisis del funcionario permite conocer el perfil del puesto y, sobre todo, las prioridades del Gobierno para el sector salud.

La nueva ministra es una generala de la Policía Nacional, con una trayectoria dedicada a la neurocirugía y alrededor de los últimos tres años como directora de la Sanidad Policial. La Sanidad Policial es una dirección de la Policía Nacional y solo se dedica a prestar atenciones médicas que, según el informe de la Contraloría General de la República, poseen serias deficiencias. El financiamiento de las prestaciones médicas de la Policía Nacional es realizado por SaludPol, dependiente del Ministerio del Interior. Es decir, la gestión de la salud en la Policía Nacional está separada en dos instituciones distintas: la Dirección de la Sanidad Policial para realizar las prestaciones médicas y SaludPol para pagarlas. Las falencias del aparato prestador de la Sanidad Policial obligan a la referencia (transferencia) de los pacientes a los servicios privados, cuyas prestaciones son pagadas por SaludPol. En el caso de los medicamentos, debido a su escasez en la Sanidad Policial, los usuarios

acuden a las farmacias privadas y luego también SaludPol reembolsa el gasto. El Estado aporta el 6 % de la planilla de cada miembro de la Policía Nacional para sus prestaciones médicas, sociales y económicas. Sin embargo, la precariedad de las prestaciones médicas de la Sanidad Policial genera presión de sus usuarios para buscar atención en el sector privado; aunque no todos, por escasez de fondos de SaludPol, la consigan. Por ello, aún quedan pacientes en las instalaciones policiales hospitalarias. Se encuentra en marcha la reconstrucción del Hospital Central de Policía, que se espera mejore la precariedad asistencial.

La ventaja que ofrece un cambio de ministros es que permite al presidente analizar la realidad y redefinir sus prioridades.

La novedad de la designación de la nueva ministra de Salud es que hasta el momento de su designación se encontraba en actividad como generala de la Policía Nacional, incluso ratificada por Resolución Suprema 195-2019-IN promulgada el 16 de noviembre de 2019, en el cargo de directora de la Dirección de la Sanidad Policial. Es probable que su designación política ha ido aparejada con la Resolución Suprema de pase al retiro, en cumplimiento del artículo 169 de la Constitución Política.

Los retos que enfrenta la nueva ministra son importantes, y quizá distan mucho de la forma como ha desempeñado sus anteriores funciones. Las herramientas también son distintas. Sin embargo, es probable que el presidente solo haya priorizado que se refuerce la prestación médica de los usuarios, que se resuelva la escasez de medicamentos y se impulse la construcción

El financiamiento de las prestaciones médicas de la Policía Nacional es realizado por SaludPol, dependiente del Ministerio del Interior.

de infraestructura del Sector Salud, porque eso es lo que ofrece la experiencia de la nueva ministra. Sin embargo, las herramientas de gestión del Ministerio de Salud (Minsa) y los gobiernos regionales no están basadas en la separación de funciones entre instituciones financiadoras e instituciones prestadoras, y menos en la compra de prestaciones médicas al sector privado. Asimismo conduce, a través

“

Los retos que enfrenta la nueva ministra son importantes, y quizá distan mucho de la forma como ha desempeñado sus anteriores funciones. Las herramientas también son distintas.

”

de Cenares, las compras conjuntas corporativas de medicamentos para todas las instituciones de salud que forman parte del Sistema Nacional de Salud. El Minsa y los Gobiernos Regionales cumplen la doble función de financiar y prestar los servicios de salud. Además, el Decreto Legislativo N.º 1346, autoriza que el Seguro Integral de Salud (SIS) solo pueda comprar atenciones médicas al sector privado cuando el sector público tiene carencia o en situaciones de emergencia. Además, es necesario recordar las dificultades

del modelo de compras abreviadas al sector privado, que experimentó el Minsa durante el Gobierno humalista, cuyos resultados fueron las deudas que acumuló el SIS hasta el año 2016, de casi 2 500 millones de soles; y eso es lógico porque al privado se le paga el precio total, mientras que al sector público el SIS solo contribuye con el 10 % de los gastos totales, en promedio, de la atención médica de sus afiliados. Multiplicar por 10 los gastos de sus afiliados no parece ser la mejor alternativa.

La nueva ministra por provenir de una institución, castrense aporta inteligencia, disciplina y jerarquización. La organización sanitaria requiere serios ajustes; sin embargo, es necesario que primero se señale la orientación estratégica que tendrá el Ministerio de Salud y, por lo tanto, el Sistema Nacional de Salud. Los próximos días serán determinantes para evaluar las primeras medidas y sobre todo los cuadros técnicos que la acompañarán en su gestión.

¹ Cuba Herberth. Asociación Médica Peruana. amp.pe 2019

² Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 18 de noviembre de 2019.

La salud mental en la picota

Sobre el proyecto de reglamento de la Ley de salud Mental

La Asociación Psiquiátrica Peruana ha emitido un pronunciamiento que alerta sobre las dificultades por las que atraviesa el ejercicio médico de la especialidad psiquiátrica, el rol de los hospitales y la salud mental como problema de salud pública. Resalta que el Ministerio de Salud (Minsa) ha elaborado un Proyecto de Reglamento de la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental, “sin el conocimiento ni participación de las instituciones especializadas competentes”, que introduce la prohibición de la consulta externa en los hospitales psiquiátricos y distorsiona el rol y las competencias profesionales del médico psiquiatra. Además, el proyecto elimina los establecimientos especializados en psiquiatría y salud mental de la Red Integrada de Salud, y promueve el cierre de los hospitales psiquiátricos y la reducción de las funciones del Instituto Nacional de Salud Mental. Es decir, la presencia mínima del Estado en la salud mental.

Los problemas no son nuevos. El 24 de junio de 2012 se promulgó la Ley N.º 29889, –que modificó la Ley N.º 26842, Ley General de Salud– para introducir un nuevo enfoque conocido como “el abordaje comunitario”. Este enfoque convierte “al internamiento en hospitales en un recurso terapéutico extraordinario excepcional”, solo para cuando “aporte mayores beneficios terapéuticos para el paciente que el resto de las intervenciones posibles”. Además, el internamiento “se realiza con el consentimiento libre y voluntario del usuario”, salvo en las personas con adicciones, cuyo “internamiento no requiere de su consentimiento informado y se realiza a solicitud de la familia, cuando su capacidad de juicio esté afectada, lo cual debe ser determinado por una Junta Médica”. Por si hubiera dudas, agrega que “el internamiento tendrá



...el proyecto elimina los establecimientos especializados en psiquiatría y salud mental de la Red Integrada de Salud, y promueve el cierre de los hospitales psiquiátricos y la reducción de las funciones del Instituto Nacional de Salud Mental. Es decir, la presencia mínima del Estado en la salud mental.



una segunda opinión médica”. Esta Ley fue aprobada luego de extenso debate, debido a que establece nuevas relaciones entre el Estado y los ciudadanos y expresa un juicio peyorativo sobre la naturaleza del hospital.

La primera disposición complementaria final de la Ley N.º 29889¹ señala las pautas a seguir para implementar el proceso del “nuevo abordaje comunitario”, a través de la reestructuración de los hospitales generales y la conformación de redes de atención comunitaria, centros de salud comunitaria, residencias, programas de día, formación de profesionales y técnicos, desinstitutionalización de las personas con discapacidad que viven en

los establecimientos de salud y “acceso universal y gratuito al tratamiento y disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención”. Sin embargo, la implementación de la norma fue lenta y los debates al interior del Minsa, en torno al nuevo abordaje, impidieron reglamentar la norma hasta el año 2015, en que se promulgó el Decreto Supremo N.º 033-2015-SA. Empero, el reglamento reflejó la ambivalencia y las contradicciones del Minsa, que dificultaron la implementación del “nuevo abordaje comunitario”.

El 22 de mayo de 2019 se promulgó la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental, con la finalidad de zanjar el debate al interior del Minsa y la sociedad, y se que agrupen –en modo coherente– los derechos y la legislación relacionada; pero sobre todo, que se cambie el concepto de nuevo abordaje comunitario y que se le etiquete como “modelo de atención comunitaria”. La norma, como lo demuestra el pronunciamiento de la Asociación Psiquiátrica Peruana, no ha zanjado las discrepancias.

El nuevo modelo, o abordaje comunitario, es una propuesta ideológica, basada en la atención individual o familiar en el propio domicilio de los pacientes. Solo garantiza el acceso a los servicios de salud mental, pero no otorga el poder de acceso; además convierte a los hospitales en “centros de tortura y encierro”

que, para atender pacientes, deben demostrar “el mayor aporte de beneficios terapéuticos”, y pueden hacerlo solo en modo excepcional y transitorio. Asimismo, en los artículos 12, 13 y 14 de la Ley N.º 30947, el Estado transfiere las funciones de financiamiento y prestación a los propios usuarios, y define su actuación en los tres niveles de gobierno de manera multisectorial. El Minsa como ente rector coordina, establece y evalúa la Política Nacional de Salud Mental.

“

El nuevo modelo, o abordaje comunitario, es una propuesta ideológica, basada en la atención individual o familiar en el propio domicilio de los pacientes.

”

El impacto social que ha causado polémica es la necesidad de que los adictos otorguen consentimiento informado para su hospitalización, a sabiendas de que no tienen conciencia de enfermedad. Y por otra parte, el desarrollo del proceso de desinstitucionalización —es decir, del procedimiento para sacar de los hospitales a los pacientes en estado de abandono y vulnerabilidad— a los que se encuentran en hospitalización prolongada, a los abandonados y desprotegidos, a los pacientes con trastornos psiquiátricos con necesidades especiales y, como regla general, a los pacientes que se encuentran hospitalizados por encima de los 45 días.

“

El pronunciamiento de la Asociación Psiquiátrica Peruana es pertinente y necesario.

”

El paliativo para el proceso de exclusión de la salud mental es la referencia al aseguramiento y al Plan Esencial de Aseguramiento, incluido en el Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS). Sin embargo, el PEAS está entrampado, a pesar de tener norma legal. Solo Essalud cubre en modo integral; y el Seguro Integral de

Salud (SIS), en la medida de sus escasas posibilidades. El pronunciamiento de la Asociación Psiquiátrica Peruana es pertinente y necesario. La nueva gestión del Minsa no solo debe tomar en cuenta sus recomendaciones para el reglamento, sino también para la modificación de la propia Ley de Salud Mental, porque es un derecho humano fundamental.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 24 de junio de 2012.

Essalud y su hoja de ruta

La propuesta de “separación de funciones”
evidenciará que “más gasto no equivale a más salud”

En los próximos días se promulgará uno o varios decretos de urgencia con la finalidad de fortalecer Essalud, según ha expresado, el 20 de noviembre de 2019, el presidente del Consejo de Ministros, y al día siguiente, la presidente ejecutiva de Essalud publicó un artículo en el diario El Comercio, que resume las fortalezas, las necesidades y los cambios en las cuatro dimensiones de la reforma de Essalud. La presidente ejecutiva, Fiorella Molinelli hecha mano a dos informes, El Estudio financiero actuarial desarrollado por la Organización Internacional de Trabajo (OIT) y el Libro blanco para el diálogo elaborado por el Banco Mundial.

Essalud es una institución solidaria, de Seguridad Social, brinda prestaciones de salud, económicas y sociales. Es decir, no solo ofrece atención médica, sino un sistema completo de protección social. Reducir a Essalud a la mera atención de enfermedades equivale a no comprender la esencia de la Seguridad Social. Asimismo, los seguros privados, que solo se dedican a la atención médica, cobran copagos, deducibles y poseen limitaciones de gasto y un sinnúmero de exclusiones de enfermedades y daños, según la póliza o plan de beneficios que el usuario, en modo individual, haya comprado. La fortaleza de Essalud es que cuida al 36 % de la población peruana, es decir, a casi 11,5 millones de personas, en todo el territorio nacional, de todas las edades y, además, en lo referente a la atención médica, no posee exclusiones de ningún tipo.

A partir de la promulgación de la Ley N.º 29344 Marco de Aseguramiento en Salud el 8 de abril de 2009¹, se ha intentado operar un reduccionismo en

“

Essalud es una institución solidaria, de Seguridad Social, brinda prestaciones de salud, económicas y sociales. Es decir, no solo ofrece atención médica, sino un sistema completo de protección social.

”

Essalud, y pasar de la Seguridad Social que ofrece prestaciones de salud, económicas y sociales a un sistema de aseguramiento que brinde solo prestaciones médicas, sean estas de carácter preventivo, curativo y rehabilitador a través de planes, como el Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS), planes complementarios y planes específicos. Es decir, adecuar Essalud a las necesidades de los seguros privados. Además, señala la norma que solo el “Plan Esencial de Aseguramiento” (PEAS) es obligatorio, y “cualquier beneficiario puede exigir su cumplimiento”.

Aunque la propia norma señala que no se puede invocar la Ley N.º 29444 para reducir derechos ya adquiridos en los planes contratados, es obvio, que la norma reduce el cuidado integral de los afiliados a “planes de beneficios contratados”.

Además, se dieron una serie de leyes regresivas y antitécnicas, que han mermado el aporte financiero de Essalud, que debería ser, según la Ley N.º 27056 de Creación de Essalud, el 9 % de la planilla global de los afiliados a solo 5,77 %, debido al menor aporte de los servidores del Sector Educación, del Minsa, de los servidores del régimen CAS y del régimen agrario, entre otros. Además, se exoneró del aporte a Essalud a los aguinaldos y gratificaciones. Hay que tomar en cuenta que el aporte a la seguridad social en los países vecinos es del 11 % de la planilla global de sus afiliados. Asimismo, se han acumulado deudas por parte del sector público y privado superiores a los 3 800 millones de soles. La reducción del aporte a Essalud y la falta de sostenibilidad financiera representa una presión para abandonar la Seguridad Social en salud y tomar en modo inevitable la alternativa del aseguramiento para salir del ahogamiento financiero del que Essalud ha sido víctima.

Según la presidente ejecutiva de Essalud “la reforma ya empezó y se ha marcado la ruta con medidas concretas y un cronograma para mejorar cuatro dimensiones: (i) atención oportuna y de calidad al asegurado, (ii) mejora de gestión, (iii) separación de funciones y sostenibilidad financiera y (iv) transformación digital, transparencia y rendición de cuentas. La propuesta de la

actual gestión de Essalud en general es correcta y necesaria, aunque se impone el replanteamiento de “(iii) la separación de funciones y sostenibilidad financiera” para evitar la destrucción del sistema de seguridad social de Essalud. La exigencia para corregir las leyes antitécnicas y regresivas que se dieron durante el lustro humalista es indispensable para asegurar la sostenibilidad financiera de Essalud.

Sin embargo, implementar la “separación de funciones” para adecuarse a Ley N.º 29344 Marco de Aseguramiento en Salud implica la liquidación del sistema de Seguridad Social y de Essalud, porque significa dividir Essalud en dos instituciones, una de carácter solo financiero y la

otra solo prestacional, para implementar el aseguramiento, es decir, iniciar la forzada adecuación de Essalud a las necesidades de los seguros privados, y el traspaso progresivo de sus fondos al sector privado. Una mirada atenta a las dificultades, explosión de costos y crisis del modelo colombiano y de la sanidad policial peruana, es útil para disuadir la decisión respecto a esta “dimensión” de la hoja de ruta de Essalud.

El costo para salir del ahogamiento financiero sería muy alto. Es necesario custodiar los derechos humanos fundamentales de los afiliados de Essalud. Esta propuesta de “separación de funciones” evidenciará que “más gasto no equivale a más salud”.



La reducción del aporte a Essalud y la falta de sostenibilidad financiera representa una presión para abandonar la Seguridad Social en salud y tomar en modo inevitable la alternativa del aseguramiento para salir del ahogamiento financiero del que Essalud ha sido víctima.



¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 8 de abril de 2009.

Decreto de urgencia sin recursos ni médicos

La cobertura universal de salud en el SIS¹

El 28 de noviembre de 2019 ha sido promulgado el decreto de urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud, con la finalidad de afiliarse al Seguro Integral de Salud (SIS) a todos los ciudadanos a un Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS), indiferentemente de su situación económica. Y siempre y cuando no posean ningún otro de tipo de seguro de salud.

Se ha cambiado de lógica, porque ahora los afiliados del SIS reciben la atención según sus necesidades, sin tomar en cuenta la complejidad ni el costo de la atención. La nueva lógica que aporta el presente decreto de urgencia es que todos los afiliados tendrían solo un PEAS, pero de requerir atenciones médicas más caras o complejas, deberán afiliarse a los planes complementarios, con aportes económicos. Y de no poder hacerlo, y con un previo “estudio socioeconómico y de vulnerabilidad económica”. Es decir, los actuales afiliados del SIS perderían derechos.

Se ha creado una “comisión multisectorial de naturaleza temporal”, que en un plazo de 90 días elaborará la actualización del PEAS y de los planes complementarios, así como “los criterios de elegibilidad para la afiliación, basados en la vulnerabilidad económica, los esquemas de financiamiento y los arreglos institucionales. La comisión multisectorial está conformada solo por instituciones del Estado, a través de los ministerios involucrados, y en modo adicional por Essalud.

La omisión del sector privado obedece quizá al entrapamiento en que se encuentra el PEAS desde su creación, debido al concepto de capa simple que manejan las EPS y Essalud, así como del precio de este. Otro aspecto polémico es el de la vulnerabilidad económica, debido a la complejidad y diversidad de los aspectos biológicos, económicos, sociales y culturales ligados al cuidado de la salud. Cualquier definición y estandarización de la vulnerabilidad será arbitraria. Además, desde que se introdujo ese concepto en nuestra legislación, en el 2013, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables ha sido incapaz de normarlo.

Los esquemas de financiamiento y los arreglos institucionales generan aún mayores problemas por la preexistencia de normas que aseguran derechos fundamentales de los afiliados, incluso de rango constitucional. El corto plazo y la ausencia en la comisión multisectorial de representantes que no pertenecen al Estado –como los propios usuarios, los gremios y otros actores involucrados, como el Consejo Nacional de Salud– pueden incubar conflictos debido a los flujos económicos que eso implica.

El SIS se convertirá en un gran comprador de prestaciones “basadas prioritariamente en grupos relacionados de diagnóstico o grupos de personas (capitado o per cápita)”. El impacto de estas modalidades de compra podría ser contraproducente si se incorpora al sector privado, debido a que la norma hace referencia a las Instituciones Prestadoras de Salud en general.

La omisión del sector privado obedece quizá al entrapamiento en que se encuentra el PEAS desde su creación, debido al concepto de capa simple que manejan las EPS y Essalud, así como del precio de este.

No parece ser “mala idea” ponerle un plazo de 120 días para procesos de mejora de la gestión sanitaria que duran años, sobre todo si no se agregan mayores recursos financieros y humanos. Además, los seis procesos que enumera el decreto de urgencia ya se encuentran en marcha. No es novedad la creación del sistema en línea de la programación de turnos y citas, la automatización de los servicios de apoyo al diagnóstico, la automatización de la prescripción y dispensación de los medicamentos, la implementación de la contabilidad de costos de la cartera de servicios

de salud y la valorización individual, la implementación y uso de los aplicativos informáticos conforme a lo dispuesto en el Sistema Nacional de Abastecimiento, y la publicación de indicadores de desempeño.

No es posible resolver los problemas de salud de la población si no se mejora la oferta de atenciones de salud y médicas. Hace solo unos pocos días, en la inauguración del nuevo Hospital de Moquegua, el presidente la República ha señalado que no ofrece médicos especialistas porque no hay, y que habría que ser muy creativo para resolver ese

déficit. Además, reconoce, que la solución tomará años. Sin embargo, no ha aprovechado para promulgar como decreto de urgencia el proyecto de ley aprobado en primera votación en el Congreso de la República sobre los servicios complementarios (Expediente N.º 081/2016). Es decir, que los médicos especialistas puedan trabajar, en modo adicional a su jornada laboral, en otra o en su misma institución del Estado y que cesen las hostilizaciones derivadas contra los médicos.

El Gobierno apuesta a que los ciudadanos se afilien en modo voluntario, con una tarifa, a los planes complementarios. Es decir, para acceder a las atenciones más costosas y complejas, y en consecuencia, la norma solo otorga el derecho al PEAS. En modo adicional, involucra a la Sunat para las cobranzas respectivas. Sin embargo, obvia que esa misma apuesta ya ha fracasado en el pasado y que ha soslayado las enfermedades de alto costo, como el cáncer, la diálisis renal, las enfermedades huérfanas y raras, entre otras.

Es grave que se cambien las reglas de juego del SIS y se deje sola al ciudadano frente a las enfermedades más costosas y complejas. Si el Estado no cumple con el ciudadano solo quedan dos vías: judicializar el reclamo del derecho a la salud o dejarse morir: ¿Será posible?

“

Los esquemas de financiamiento y los arreglos institucionales generan aún mayores problemas por la preexistencia de normas que aseguran derechos fundamentales de los afiliados, incluso de rango constitucional.

”

¹ Cuba Herberth. Asociación Médica Peruana. amp.pe 2019.

La política de salud en una imagen

La foto del equipo de trabajo de la ministra de Salud

En días recientes la ministra de Salud ha presentado en sociedad a su equipo de trabajo, evento que ha sido difundido en nota de prensa del Ministerio de Salud, y que luego las redes sociales han inmortalizado a través de una fotografía. El complemento de ese evento han sido las declaraciones del presidente Vizcarra en las visitas que ha hecho a los hospitales que en modo pedagógico resume las propuestas de ese equipo de trabajo. Es decir, hay solidez y coherencia entre el equipo de trabajo, la ministra de Salud y el presidente.

¿Qué presenta como novedoso el jefe de gobierno? Nada. Reitera los lineamientos de la Reforma de Salud del expresidente Humala y el equipo que ejecutó esa reforma. Es decir, los mismos lineamientos y las mismas personas. La fotografía que comentamos presenta al centro a la actual ministra de Salud flanqueada por la exministra Midori de Habich, y a los exfuncionarios y consultores Arturo Granados, Margarita Petrer, Vilma Montañez, Dalia Suárez, entre otros. El médico Óscar Ugarte se encuentra impedido, por ser candidato en el presente proceso electoral, y es probable que por razones de tiempo algunos integrantes del equipo, entre exfuncionarios y consultores, no acudieran a la sesión fotográfica.

La propuesta presidencial significa retrotraer el país al año 2015, eliminar todo lo corregido y avanzado. Otra vez, entramos a la discusión del aseguramiento mercantilista como política de exclusión social. De nada han servido las protestas sociales y gremiales, las deudas cuantiosas acumuladas por el Seguro Integral de Salud (SIS), y menos los consensos logrados en el Foro

“

Reitera los lineamientos de la Reforma de Salud del expresidente Humala y el equipo que ejecutó esa reforma.

”

enumeración de los derechos protegidos y de aquellos que podrían verse afectados. Sin embargo, la política de aseguramiento que ha propuesto el gobierno no posee ni lo uno ni lo otro. Al contrario, viola la ética médica y además restringe derechos humanos fundamentales. La política de aseguramiento divide a la población peruana en tres grandes grupos. Primero, los que solo tienen derecho al Plan Esencial de Aseguramiento; es decir, a un listado de enfermedades baratas y comunes. Segundo, los que tienen derecho a un plan complementario; es decir, derecho a ser atendidos no solo en el Plan Esencial, sino también de las enfermedades más complejas. Y el tercer grupo, aquellos que tienen derecho a las enfermedades llamadas huérfanas o raras, y las que son de alto costo. La división solo tiene una motivación económica.

¿Cuál es la injusticia? Que la población más pudiente ejerce el derecho a estar en los tres grupos. Los pobres y vulnerables, solo en el primer grupo. Ah, y si desean escalar al segundo grupo, deben pagar o, de ser el caso, realizar trámites de demostración de pobreza y vulnerabilidad. Y bueno, el tercer grupo es tan inalcanzable, que aún no se ha creado el fondo económico para ese fin. Es decir, unos tienen más derechos que otros. La discriminación de la población, como es obvio, choca con la ética.

del Acuerdo Nacional¹ para salir del *impasse* que ocasionó esa reforma. La fotografía ha quitado el disfraz al encanto del aseguramiento del actual gobierno. Es la misma fallida política de salud del humalismo, pero además con los mismos actores.

El diseño de una política pública requiere una rigurosa argumentación ética, explícita. Además, una

“

La propuesta presidencial significa retrotraer el país al año 2015, eliminar todo lo corregido y avanzado. Otra vez, entramos a la discusión del aseguramiento mercantilista como política de exclusión social.

”

El derecho humano a la salud es violado desde el inicio. Según el aseguramiento solo existe el derecho al Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS), y no a la salud en su totalidad. El derecho a la salud en el aseguramiento se redefine como obligación de la sociedad solo para las atenciones baratas, comunes y frecuentes. Sin embargo, en contraste, no se puede pasar por alto que la seguridad social garantiza no solo el derecho a la atención médica con integralidad –es decir, en todo el territorio nacional y de todas las enfermedades–, sino que también otorga prestaciones sociales y económicas. Es obvio que el aseguramiento es regresivo, porque quita derechos y pone a los ciudadanos ante una situación de indefensión.

“

El derecho humano a la salud es violado desde el inicio. Según el aseguramiento solo existe el derecho al Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS), y no a la salud en su totalidad.

”

La justificación para el recorte del derecho a la salud es la falta de presupuesto: no alcanza para todos. Además, “siempre habrá excluidos”, las desigualdades son inherentes a las sociedades, y un largo etcétera. La bioética o la ética utilitarista es como un tranquilizante: más salud para más peruanos. Nótese que no es para todos. La Comisión de Alto Nivel Multisectorial servirá para encontrar la mejor manera de que haya menos excluidos. Sin embargo, el modelo de aseguramiento humalista –que nos ofrece la actual

ministra de Salud, su equipo de trabajo y el presidente– es una modalidad cuestionada y superada por los arduos debates del Foro del Acuerdo Nacional del año 2015. Pero lo más grave es que la oferta de servicios de salud no alcanza ni siquiera para cubrir el Plan Esencial al que la población ahora tiene derecho, en modo restringido.

Las carencias de médicos, equipos, infraestructura y medicamentos no podrán ser resueltas con discriminación y exclusión, sino a través de una eficaz política de salud que proteja y cautele el derecho humano a la salud y a la seguridad social universal. ¡Alto a la discriminación y a la exclusión!

¹ Acuerdo Nacional. Los objetivos de la Reforma de Salud. 2015.

Dos aportes a la salud pública

Textos que reflexionan sobre la salud,
el poder y la corrupción

La exministra de Salud Patricia García y el exasesor y excoordinador parlamentario Álvaro López han publicado, por separado y con herramientas distintas, sus experiencias y las dificultades que enfrentaron en sus respectivos cargos en el Ministerio de Salud. La exministra a través un extenso artículo sobre la corrupción en la gestión de la salud, en la prestigiosa revista *The Lancet*. López, en un libro que resalta la contribución del coordinador parlamentario en la conducción estratégica del sector Salud.

El trabajo de la exministra García, "La corrupción en la salud global: el secreto a voces", publicado el 27 de noviembre de 2019, tiene como objetivo discutir la corrupción que afecta a los sistemas de salud y cómo se constituye en barrera importante para la implementación de las políticas de salud. Además, plantea la necesidad de pensar en la corrupción para la formulación de políticas y su financiamiento. El reto que propone es que se aborde el tema en los espacios académicos y de investigación en todos los países, porque es un fenómeno global.

Es un trabajo testimonial. Es la reflexión del académico puesto a conducir la gestión sanitaria nacional; el descubrimiento de la brecha que existe entre el modelo teórico y la realidad corrupta. Desde Platón, la filosofía demuestra la lucha incansable de la razón contra ese flagelo. En ese sentido, el testimonio de Patricia García, meditado y reflexivo, bajo el rigor de la ciencia y del mundo académico, abre enormes perspectivas para las políticas públicas en salud. Plantea una mirada científica del fenómeno de la corrupción y que ocupe los sitios que poseen otras áreas del conocimiento científico de la

medicina y de la salud pública. “Me gustaría abogar por la necesidad de que investigadores y académicos de la comunidad global desarrollen y prueben nuevos modelos que puedan funcionar para luchar contra la corrupción en la salud global, y que los financiadores apoyen este esfuerzo. Esta tarea es urgente”, señala.

“

Además, plantea la necesidad de pensar en la corrupción para la formulación de políticas y su financiamiento.

”

Un aspecto importante del trabajo es que ha delimitado con precisión el campo y la definición de la corrupción, para evitar caer en la banalización del concepto. Toma de la organización Transparencia Internacional la definición de corrupción, como “el abuso del poder para beneficio propio” con la finalidad de comparar las realidades de los diferentes países del mundo. Luego, plantea algunos lineamientos que servirán para el análisis de la corrupción; por ejemplo, “los gobiernos en el norte fueron creados para servir a los ciudadanos, mientras que, en el sur, las colonias se estructuraron para explotar los recursos y las poblaciones”. Señala algunos tipos de corrupción en el sector salud, como “el absentismo, los pagos informales de los pacientes, la malversación, robo de dinero, suministros y medicamentos, el conflicto en la provisión de servicios entre profesionales de la salud (intrusismo), el favoritismo y la manipulación de datos”. Algunos de ellos, como por ejemplo en el caso del intrusismo, generan controversias, porque su naturaleza rebasa la definición de corrupción validada.

“

Un aspecto importante del trabajo es que ha delimitado con precisión el campo y la definición de la corrupción, para evitar caer en la banalización del concepto.

”

La corrupción no siempre supone un abuso de poder, sino que es el simple uso del poder para obtener beneficios privados indebidos. Sin embargo, es bueno aceptar, a pesar de las limitaciones, la definición validada por Transparencia Internacional, porque es de uso corriente a nivel mundial. Asimismo, merece especial reflexión la conjunción de los intereses privados con los funcionarios gubernamentales para el diseño de políticas públicas, a través de leyes y reglamentos

“

Este testimonio resalta la coordinación parlamentaria y el trabajo complementario entre el Poder Ejecutivo y el Congreso, en un momento de aguda confrontación

”

que benefician intereses privados, en desmedro del bienestar de la población. La corrupción es la expresión de la violación de los principios éticos y morales de la sociedad. En ese sentido, el diseño de las políticas públicas en salud debe cumplir en modo explícito el requisito del análisis ético y riguroso, al amparo de los derechos humanos fundamentales.

El mes de noviembre, el exasesor y excoordinador parlamentario Álvaro López ha publicado el libro Parlamento y poder político², con

prólogo de la exministra de Salud Silvia Pessah. Este testimonio resalta la coordinación parlamentaria y el trabajo complementario entre el Poder Ejecutivo y el Congreso, en un momento de aguda confrontación, durante las gestiones ministeriales de Patricia García, Fernando D'Alessio y Silvia Pessah, que concluyeron con la promulgación de importantes leyes, como la Ley de Presupuesto, la Ley de Transferencia de Presupuesto del Sector Educación al Minsa, la Ley de Fortalecimiento de Rectoría del Minsa, la Ley de Redes Integradas de Salud, la reglamentación de la alimentación saludable, entre otras normas. El libro resume más de treinta años en el servicio público, en el gobierno local, regional, nacional y, sobre todo, en el Congreso de la República. Demuestra, en forma documentada, cómo los resultados de los adelantos científicos y tecnológicos, a través de leyes y reglamentos, se transforman de políticas públicas con gran impacto en la población.

La lectura de ambos textos llena un vacío, porque evidencia los intereses, los conflictos y las redes que subyacen detrás de la gestión de salud y gubernamental.

¹ García Patricia. La corrupción en la salud global: el secreto a voces. The Lancet. 27 de noviembre de 2019.

² López Álvaro. Parlamento y poder político. Grafiservicios Ebenezer Perú E.I.R.L.

Essalud y su decreto de urgencia

La “progresividad” en los aportes a Essalud

El 19 de diciembre se ha promulgado el Decreto de Urgencia N.º 028-2019¹, que dispone medidas extraordinarias para el sostenimiento y equilibrio financiero de Essalud, para garantizar el derecho fundamental a la salud de los asegurados. La norma modifica el régimen de Contrato Administrativo de Servicios (CAS) para elevar la base imponible de cada asegurado de 30 % a 45 %, y a partir de 2021 a 55 %, de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT). Además, la norma deja pendiente hasta el 2022 la elevación de la base imponible de los servidores del Sector Salud (DL N.º 1153) y de la carrera magisterial (Ley N.º 30002), que hoy es de solo del 65 % de la remuneración total.

La ministra de Economía y Finanzas señaló que “el costo para la caja fiscal, dada la planilla actual del régimen CAS, sería de 160 millones de soles”, pero que tenía previsto hasta 180 millones de soles, de ser el caso. Ese es el monto adicional que Essalud recaudará el año 2020. Llama la atención que se haya introducido el concepto de “progresividad” en los aportes a Essalud de los regímenes del CAS, de los profesionales de la salud y del magisterio. Visto así, el decreto de urgencia solo ha tocado en modo tangencial el forado económico creado por las normas promulgadas durante el lustro humalista con la finalidad de destruir la seguridad social y dar paso al modelo de aseguramiento mercantilista. Es decir, “del lobo un pelo”.

Sin embargo, es necesario recordar que la Ley N.º 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social, en su artículo 6-a señala que “el aporte de los trabajadores en actividad, incluyendo tanto los que laboran bajo

“

Visto así, el Decreto de Urgencia solo ha tocado en modo tangencial el forado económico creado por las normas promulgadas durante el lustro humalista con la finalidad de destruir la seguridad social y dar paso al modelo de aseguramiento mercantilista.

”

relación de dependencia como los socios de cooperativas, equivale al 9 % de la remuneración o ingreso. Es de cargo de la entidad empleadora.” Esta norma ha sido perforada con “leyes especiales” que legalizaron el “subaporte”, como en los casos del magisterio, de los servidores de Salud y el régimen CAS. En lugar de calcular el 9 % del ingreso o remuneración total, se hace solo del 65 % del ingreso total. Asimismo, en el régimen CAS para calcular el aporte se utiliza la UIT y no la remuneración total. De esta manera el aporte es el 30 % de la UIT.

El Decreto de Urgencia N.º 028-2019 eleva la base imponible de

30 % a 45 %, y a partir de 2021 a 55 % de la UIT de cada asegurado. Es decir, no importa la remuneración o ingreso total del servidor CAS, porque solo se pone como techo a una UIT. Sin embargo, hay funcionarios CAS cuyas remuneraciones sobrepasan los 10 000 soles mensuales. Imagínese el forado económico, si con incrementar solo de 30 a 45 % de una UIT, el monto a pagar a Essalud es de 160 millones de soles. ¿A cuánto ascendería el monto si pagaran, como corresponde, el 9 % del ingreso total de la remuneración CAS y el 9 % de la remuneración total de cada uno los servidores de salud y del magisterio nacional?

Como señala la Ley N.º 26790, el pago a Essalud está a cargo del empleador. Y como se sabe, el régimen CAS, el de los servidores de salud (DL N.º 1153) y el del magisterio (Ley N.º 30002) pertenecen al Estado como empleador. Por tanto, es la caja fiscal la que debe cubrir ese pago. Hay que tomar en cuenta que el forado económico creado por las “leyes especiales” afecta la atención médica y la seguridad social, no solo de los propios trabajadores públicos, sino de todos los asegurados. Es un “forado regresivo” porque afecta el derecho a la salud y la seguridad social de todos los peruanos.

El decreto de urgencia ha obviado corregir la injusta exoneración del aporte a Essalud de las gratificaciones y de los sueldos adicionales (ejemplo, los 16 sueldos de la planilla dorada del sector público). Tampoco los aportes

“

Esta norma ha sido perforada con “leyes especiales” que legalizaron el “subaporte”, como en los casos del magisterio, de los servidores de Salud y el régimen CAS.

”

reducidos del 4% del Seguro Agrario. Además, no ha excluido a Essalud de Fonafe y de la obligatoriedad de la reserva técnica que exige el Ministerio de Economía y Finanzas, al considerar en modo inconstitucional a Essalud como empresa estatal. Quizá la más grave omisión es la falta de creación de mecanismos abreviados y directos para pagar la deuda que, por casi 1 400 millones de soles, mantienen las entidades públicas: los gobiernos locales, regionales y otros.

Antes del cierre, en el Pleno del Congreso de la República quedó pendiente de votación el dictamen de la Comisión de Trabajo y Seguridad Social que aborda de mejor manera la sostenibilidad y fortalecimiento de Essalud (expediente 3997/2018-CR)². El nuevo Congreso de la República, que entrará en funciones luego de las próximas elecciones complementarias, tiene que resolver esta urgente tarea. Además, es necesario buscar ingeniosas alternativas para que la deuda del sector privado a Essalud, que asciende a casi 2 800 millones de soles sea pagada. Sin embargo, dada la difícil situación de Essalud, el Decreto de Urgencia N.º 028-2019 representa un alivio pasajero. Es un decreto muy polfítico: mucho ruido y pocas nueces.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 19 de diciembre de 2019

² Congreso de la República. Comisión de Trabajo y Seguridad Social. Expediente 3997/2018-CR.

Impacto de las medidas para recuperar aportes de Essalud

Recuperar la deuda de Essalud sin castigar a los buenos pagadores ni poner en riesgo la recaudación futura

El 26 de diciembre, el gobierno ha promulgado el Decreto de Urgencia N.º 037-2019¹, con la finalidad de dictar medidas extraordinarias para recuperar los aportes que se adeudan a Essalud. La norma establece con carácter excepcional el régimen de sinceramiento de la deuda tributaria del sector público (Resicsss) con Essalud y el régimen de facilidades de pago (refinanciamiento y reestructuración) de la deuda tributaria del sector privado (Refacsss) a Essalud. La referencia al sector público solo involucra a los gobiernos regionales y locales, mientras que en el sector privado se refiere a las microempresas y pequeñas empresas (Mype). Hay que tomar en cuenta que la acreencia de los deudores públicos asciende a 1 383 millones de soles, y la de los privados a 2 785 millones de soles, es decir, una deuda total de aproximadamente 4 168 millones de soles. Sin embargo, el decreto de urgencia solo se refiere a las deudas tributarias, cuyo monto total asciende a 2 833 soles. Es decir, existe una deuda no tributaria de 1 335 millones de soles que el decreto de urgencia ha dejado de lado. Una vez más, el gobierno restringe su alcance normativo con perjuicio de Essalud.

Hasta el 31 de marzo de 2020, los gobiernos regionales y locales se pueden acoger al régimen tributario Resicsss. A la deuda tributaria acumulada hasta diciembre de 2018, se le aplica la extinción de los intereses, las multas con sus respectivos intereses, actualización e intereses capitalizados. Es decir, se mantiene solo la deuda del capital de la aportación a Essalud. Esta nueva deuda está sujeta a un interés del 3% anual y el fraccionamiento a un plazo hasta de 120 meses. En cambio, en el régimen Refacsss, se pueden acoger a la deuda acumulada del sector privado (micro y pequeña empresa)

hasta diciembre de 2015 y, se le aplica la extinción de los intereses, la actualización e intereses capitalizados, así como las multas generadas por la infracción, con sus respectivos intereses, actualización e intereses capitalizados. De igual manera, se mantiene solo el concepto de tributo de aportación a Essalud. Luego se actualiza con la variación del índice de precios al consumidor o con una variación del 6 % anual. El monto resultante está sujeto al 3 % de interés anual y en modo similar en fraccionamiento hasta de 120 meses.



Hay que tomar en cuenta que la acreencia de los deudores públicos asciende a 1 383 millones de soles, y la de los privados a 2 785 millones de soles, es decir, una deuda total de aproximadamente 4 168 millones de soles.



Acogerse a las medidas extraordinarias del decreto de urgencia es voluntario. Es decir, no es posible predecir el impacto que tendrá en la recuperación de la deuda tributaria que asciende a 2 833 millones de soles. Además, se ha perdido la oportunidad de obligar al sector público, y que, en caso de incumplimiento, se haga la transferencia directa de la Caja Fiscal del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) a Essalud, sin pasar por los gobiernos regionales y locales. Además, “la amnistía tributaria”, tal como esta planteada, es un mal precedente, porque castiga a los buenos pagadores. Estimula el incumplimiento a futuro. Es decir, es impredecible el impacto para la recuperación de los aportes adeudados, pero, también, es probable que se produzca una merma en la recaudación futura de Essalud. El “Sello de Buen Pagador de la Seguridad Social”, que crea el decreto de urgencia, no corregirá el daño ni resarcirá a los buenos pagadores. Los funcionarios públicos deberían recibir severas sanciones por incumplir el pago de los aportes a Essalud y se debería crear, por incumplimiento, la transferencia directa con cargo a los fondos de las entidades públicas, desde el MEF a Essalud. Los empresarios privados deberían tener claro que es más conveniente para sus intereses priorizar el pago a Essalud frente a otros gastos e inversiones.

El dinero que se recupere, según el Decreto de Urgencia N.º 037-2019, solo servirá para adquirir ambulancias, modernizar los establecimientos de salud, equiparlos y financiar su mantenimiento y operación. Asimismo, realizar mejoras, ampliación, rehabilitación y reforzamiento de la infraestructura y

“

Además, debería corregirse el contenido de la “amnistía tributaria”, crearse sanciones para funcionarios públicos que incumplan con los aportes a Essalud, y mejorar las funciones del MEF para enmendar esa omisión.

”

la implementación y operatividad de los Convenios del Intercambio Prestacional en el Sector Público. Es decir, señala el destino de los recursos que se recuperarán con la aplicación de los regímenes Resicsss o Refacsss, como si los dineros no fueran de Essalud y no existiera la autonomía constitucional. Sería comprensible y justificable la aceptación del destino obligatorio del dinero, en caso fuera una donación o una transferencia adicional del erario nacional. La norma promulgada, en ese sentido, viola la autonomía constitucional de Essalud, además, reemplaza al consejo directivo de Essalud y omite

las demandas legítimas de los servidores.

La Comisión Permanente del Congreso de la República en el actual interregno parlamentario y, luego, el nuevo Congreso 2020 que se instalará revisarán el decreto de urgencia no solo en su contenido, sino en su constitucionalidad. Es probable que deba subsanarse su constitucionalidad, en cumplimiento del artículo 74 de la Constitución Política del Estado². Además, debería corregirse el contenido de la “amnistía tributaria”, crearse sanciones para funcionarios públicos que incumplan con los aportes a Essalud, y mejorar las funciones del MEF para enmendar esa omisión. Además, buscar nuevos mecanismos de recuperación de la deuda de Essalud, sin castigar a los buenos pagadores ni poner en riesgo la recaudación futura.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 26 de diciembre de 2019.

² Constitución Política del Estado. Diario oficial el El Peruano. 29 de diciembre de 1993.

Essalud, agricultura y presupuesto público

Es necesario preservar la Seguridad Social en Salud

El 28 de diciembre de 2019 se ha promulgado el Decreto de Urgencia N.º 043-2019¹ que promueve y mejora las condiciones para el desarrollo de la actividad agraria, que modifica la Ley N.º 27360 (de Promoción del Sector Agrario), prorroga sus beneficios hasta el año 2031 y reajusta el régimen salarial y los aportes a la seguridad social de los servidores agrarios incluidos en la mencionada ley. Esta es su segunda prórroga. La norma contiene una serie de beneficios tributarios, régimen laboral especial y además crea un subaporte de solo el 4 % a Essalud, en lugar del 9 % de la remuneración total del servidor, como ocurre en los demás sectores de la economía nacional, tal como señala la Ley N.º 26790, de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

El Decreto de Urgencia N.º 043-2019, que modifica la Ley de Promoción Agraria, mantiene los mismos beneficios tributarios, aumenta a 39,10 soles la remuneración diaria de los servidores e incrementa el aporte a Essalud por tramos. En el presente de 4 % a 6 %, el segundo tramo, el 2025, a 7 %, el tercer tramo, el 2027, a 8 % y el cuarto y último tramo, el 2029 a 9 %. Es decir, la progresividad para recuperar el aporte del 9 % a Essalud durará 10 años. Essalud ha contribuido y lo hará hasta el año 2029 en la promoción agraria y la mejora de su competitividad. El costo/beneficio de esa medida es cuestionable. Además, pone en riesgo la sostenibilidad financiera de Essalud. Sin embargo, el decreto de urgencia manifiesta capacidad de enmienda, aunque en un plazo muy largo.

El incremento del aporte de 4 % a 6 % de la remuneración total del régimen agrario, el incremento de 30 % a 45 % de la Unidad Impositiva Tributaria (UIT) del aporte de los servidores del Régimen Administrativo de Servicios (CAS) y la recuperación de las deudas tributarias de las microempresas y pequeñas empresas y de los gobiernos regionales y locales conforman el paquete normativo para mejorar la sostenibilidad financiera de Essalud. Las medidas son insuficientes e incompletas. Es la expresión de la progresividad que ha señalado el gobierno. Sin embargo, el mayor riesgo que ahora enfrenta Essalud es su destrucción a través del modelo mercantilista del Aseguramiento Universal. Es necesario preservar la Seguridad Social en Salud y mejorar la eficacia y la eficiencia en la gestión.

Esta es su segunda prórroga. La norma contiene una serie de beneficios tributarios, régimen laboral especial y además crea un subaporte de solo el 4 % a Essalud, en lugar del 9 % de la remuneración total del servidor, como ocurre en los demás sectores de la economía nacional...

Mientras Essalud promueve normas para mejorar su sostenibilidad financiera e incrementar su presupuesto, el Ministerio de Salud (Minsa) logra la segunda más baja ejecución de su presupuesto en los proyectos de inversión, si tomamos en cuenta los 18 ministerios que forman parte del Poder Ejecutivo. Solo un 41,2 % de los casi 647 millones de soles asignados. Es decir, menos de la mitad. El sector Salud posee muchas necesidades, además los reclamos por mayores inversiones y mayores presupuestos es recurrente por parte de la población, de los gremios empresariales y sindicales. Hay consenso.

La deplorable ejecución presupuestal del Minsa requiere de parte del gobierno una explicación que demuestre que ha meditado las causas y que se han corregido. El simple cambio de funcionarios, sin un plan de corrección exhaustivo e improvisados, no es la solución. Al contrario, constituye un ejercicio que podría agravar aún más la mala ejecución presupuestal, debido a los cambios de perspectivas y prioridades de los nuevos funcionarios y, sobre todo, al desconocimiento del sector. Además, los proyectos de inversión son motivos de terribles controversias ideológicas y de juegos de intereses, que presionan a los tomadores de decisiones, cuyo respaldo, desde los niveles

superiores, es imprescindible. Y esa es una falla importante.

El Gobierno no ha trazado con claridad el modelo de salud a seguir. El modelo de aseguramiento, por ejemplo, prioriza la medicina curativa y la compra de servicios a los privados y el intercambio prestacional entre públicos. Sin embargo, hay una fuerte tendencia ciudadana y de funcionarios del Minsa de continuar con las políticas iniciadas el 2016, de impulsar la medicina preventiva, la promoción de la salud, la Atención Primaria de Salud y la incidencia en los determinantes económicos, sociales y culturales de la salud. Es decir, fortalecer el primer nivel de atención de salud y la creación de redes integradas de salud². Esta controversia incide a la hora de invertir:

Mientras Essalud promueve normas para mejorar su sostenibilidad financiera e incrementar su presupuesto, el Ministerio de Salud (Minsa) logra la segunda más baja ejecución de su presupuesto en los proyectos de inversión, si tomamos en cuenta los 18 ministerios que forman parte del Poder Ejecutivo.

La baja ejecución presupuestal es la expresión del continuo cambio de funcionarios al interior de un Gobierno que no posee norte estratégico en salud. Además, como han puesto en evidencia los medios de comunicación, en algunos casos se habrían designado funcionarios solo por el criterio de confianza, por intercambio de favores entre la parentela, y a personas con biografías reñidas con la transparencia en el manejo de la cosa pública.

El Gobierno y el nuevo Congreso de la República tienen la obligación de ofrecer una explicación exhaustiva y las medidas correctivas que se tomarán para mejorar la gestión de Essalud y para la defensa y fortalecimiento de la Seguridad Social en Salud. Y también corregir la mala ejecución presupuestal del Minsa, para que no se repita en el año 2020.

¹ Diario Oficial el Peruano. Normas Legales. 28 de diciembre de 2019.

² Cuba Herberth. Elaboración del Modelo de Redes Integradas de Salud (RIS). Minsa. 2018. OPS. paho.org.

Año de la Universalización de la Salud¹

Colapso de las direcciones de Redes Integradas de Salud

Mientras el gobierno denomina el año 2020, como el Año de la Universalización de la Salud, el Ministerio de Salud (Minsa) no atina a plantear los lineamientos de su nueva gestión. Es necesaria una hoja de ruta que defina el mecanismo y la estrategia.

En el Perú se debaten dos propuestas. El fortalecimiento del rol del Estado en la medicina curativa a través del modelo mercantilista llamado “aseguramiento universal”, que se traduce en convertir al Seguro Integral de Salud (SIS) en un gran comprador de prestaciones de “capa simple” al sector privado; y la capa compleja (con las enfermedades de alto costo) a través del mecanismo de intercambio prestacional entre instituciones públicas, cuando el sector privado no tenga oferta. Esta propuesta es la continuación de la llamada reforma de salud humalista.

La otra propuesta, que se inició el 2016, es el fortalecimiento de la promoción de la salud y de la medicina preventiva. El eje central es el primer nivel de atención, es decir, de los 8,000 puestos y centros de salud que se encuentran distribuidos a nivel nacional. Es la creación de Redes Integradas de Salud, con la finalidad de coordinar, articular y complementar (en el nivel local, regional y nacional) las acciones sanitarias del Estado y la sociedad. Consiste en resolver los problemas de salud en el establecimiento más cercano, con atenciones, (incluso especializadas,) en un máximo de 24 horas. Son conocidas como las clínicas de día y de 24 horas. Esto significa fortalecer el SIS y convertirlo en un seguro social pleno. La universalización de la salud obliga a enfrentar los determinantes económicos, sociales y culturales de la salud, la promoción y

la prevención, la Atención Primaria de la Salud y la atención médica de todas las enfermedades y de todos los residentes en el Perú. Es decir, lograr la Seguridad Social Universal en Salud.

Sin embargo, luego de más de un año no se han promulgado reglamentos esenciales para lograr la universalización de la salud, como la ley que fortalece la función rectora del Minsa y la Ley de Redes Integradas de Salud. Ahora el Minsa presenta paralización y colapso. Por ejemplo, la organización sanitaria del Minsa en Lima Metropolitana, que está a cargo del propio Gobierno central, está dividida en cuatro direcciones de Redes Integradas de Salud (Diris): Norte, Sur, Este y Centro.

Esta distribución geográfica ha sido creada en marzo de 2017, luego de la desactivación de cuatro niveles organizacionales burocráticos, constituidos por el Instituto de Gestión de Servicios de Salud, las direcciones de salud, las redes y las micro redes. La Diris es un ente administrativo que tiene a su cargo la gestión de varias Redes Integradas de Salud. Para ello, se debería haber creado Redes Integradas de Salud (RIS) en la jurisdicción a su cargo y haberles proporcionado soporte administrativo para su funcionamiento.

Sin embargo, luego de transcurridos más de tres años, aún no se ha creado ninguna Red Integrada de Salud. La propuesta de desburocratizar, transformar y acercar la solución de las necesidades de salud de los ciudadanos, a sus domicilios, ha quedado trunca. Al contrario, desde entonces en las Diris

se ha producido un proceso de burocratización, corrupción y conflictividad creciente.



Sin embargo, luego de más de un año no se han promulgado reglamentos esenciales para lograr la universalización de la salud, como la ley que fortalece la función rectora del Minsa y la Ley de Redes Integradas de Salud.



Un hecho deplorable ha sido la incapacidad de las Diris para cumplir las metas de desempeño anual. Ha habido perjuicio en la población de Lima Metropolitana por la insuficiente respuesta sanitaria; además se han perjudicado los servidores, debido a que no han cobrado el bono de desempeño por cumplimiento de metas. Es decir, han dejado de ganar el equivalente a una remuneración mensual.

La lógica parece correcta, porque si no hay buen desempeño, no se puede pretender cobrar. Sin embargo, el tema es que los indicadores de desempeño no solo miden el desempeño de los administrados, sino también el de los administradores. En otras palabras, la falla del pequeño grupo de funcionarios administradores ha impedido el cumplimiento de las metas de desempeño de la totalidad de servidores.

El reclamo de los servidores contra el mal desempeño de los funcionarios de las Diris ha tenido como respuesta de las autoridades del Minsa retrucar esa responsabilidad a los propios servidores. Se ha expresado a través de la promulgación de directivas de personal sin tener competencia, auditorías de personal, cambios de horarios, transferencias de servidores, omisión del pago de los bonos, "interpretaciones" de las funciones y roles de las guardias comunitarias y hospitalarias, maltrato a las jefaturas y servidores de los diversos establecimientos de salud.

La utilización de los mecanismos de control e inclusive con denuncias a la Fiscalía, con fines de amedrentamiento y persecución. Las movilizaciones y las quejas de los servidores no son escuchadas. El diálogo y el consenso están rotos.

Y, aunque parezca increíble, los funcionarios de confianza de las Diris permanecen en sus cargos, a pesar de la existencia de una nueva gestión ministerial.



Un hecho deplorable ha sido la incapacidad de las DIRIS para cumplir las metas de desempeño anual. Ha habido perjuicio en la población de Lima Metropolitana por la insuficiente respuesta sanitaria; además se han perjudicado los servidores, debido a que no han cobrado el bono de desempeño por cumplimiento de metas.



¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Supremo N.º 002-2020-PCM

Chile, Estado y medicamentos

Un nuevo modelo de abastecimiento

El 8 de enero de 2020 ha sido promulgada, en Chile, la Ley N.º 21198¹, que modifica el rol del Estado en el suministro de medicamentos, no solo en el sector público, sino también en el privado. Debido a las circunstancias de conflictividad social que vive el país vecino, es probable que sus implicancias e impacto presenten diversas interpretaciones. Además, atizará las controversias y polémicas en los demás países de la región, sobre todo en la elaboración de las políticas de medicamentos.

La institución pública chilena de compras de medicamentos es la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (Cenabast). La novedad es que esta central amplía sus funciones y podrá comprar también para distribuir a los almacenes y farmacias privadas. Es decir, que el Estado se convierte en intermediario de la compra de medicamentos, dispositivos médicos y otros productos sanitarios, no solo para el sector público, sino también para el sector privado.

Además, Cenabast determinará los precios máximos de comercialización, al público de los medicamentos en los almacenes y farmacias privadas. Las farmacias que intermedien con el Estado (Cenabast) deberán mantener en existencia al menos el petitorio mínimo de medicamentos estipulados en el Código Sanitario y que han sido obtenidos por la intermediación de Cenabast. Además, estos medicamentos deberán ser dispensados o vendidos al público en modo preferente, y solo se podrán reemplazar por un producto equivalente terapéutico o bioequivalente, y con la obligación de dejar constancia de esa decisión por parte de los usuarios.

La Cenabast también podrá solicitar ante el Instituto de Registro Sanitario, símil de la Digemid peruana, el registro sanitario de productos farmacéuticos contemplados en los planes, programas o acciones de salud del sector público, y autorizará la distribución y libre comercialización por parte de terceros.

La entrada en vigor de la Ley se hará en forma gradual, y gestionará las solicitudes privadas de intermediación en función de la capacidad instalada y en un orden estricto de prelación: en los primeros noventa días, las farmacias

que sean únicas en una localidad y las farmacias independientes, calificadas como empresas de menor tamaño. Luego de doce meses, las farmacias pequeñas pertenecientes a cadenas regionales o macro zonales. Dentro de 24 meses, los establecimientos sin fines de lucro y las farmacias de cadenas.

El nuevo modelo de abastecimiento de medicamentos en Chile significa una intervención del mercado por parte del Estado, en modo claro y categórico. El Estado centraliza las compras públicas y los privados pueden aprovechar esa capacidad para solicitar su intermediación de importación y obtener mejores precios, sin embargo, sujetan sus farmacias privadas al control de precios y a la obligación de mantener en existencia los medicamentos que conforman el Petitorio Nacional. Además, resaltar la obligatoriedad de la equivalencia terapéutica y la bioequivalencia con la finalidad de asegurar la calidad y eficacia de los medicamentos. Esta es la respuesta, según el presidente chileno, “a farmacias y laboratorios que llevan muchos años abusando con precios de medicamentos y la política nacional de estos” y la finalidad es “garantizar la calidad de los medicamentos, mejorar el acceso a estos y por último reducir precios”.

En el Perú se ha promulgado un decreto de urgencia con el mismo propósito. Las realidades y los contextos son distintos. En el Perú, casi el 85 % de provisión de servicios médicos y de salud es pública, en consecuencia, un óptimo abastecimiento con medicamentos en los establecimientos de salud públicos y la libertad de dispensar o vender; permitiría el abaratamiento de

“

El Estado se convierte en intermediario de la compra de medicamentos, dispositivos médicos y otros productos sanitarios, no solo para el sector público, sino también para el sector privado.

”



En el Perú, casi el 85 % de provisión de servicios médicos y de salud es pública, en consecuencia, un óptimo abastecimiento con medicamentos en los establecimientos de salud públicos y la libertad de dispensar o vender, permitiría el abaratamiento de los precios por mayor oferta sin necesidad de intervenir el mercado ni realizar control de precios.



los precios por mayor oferta sin necesidad de intervenir el mercado ni realizar control de precios. Sin embargo, ocurre desabastecimiento crónico que ocasiona muchas quejas.

Además, el gobierno peruano ha promulgado el Decreto de Urgencia N.º 007-2019², transfiere sus funciones de importación a organismos internacionales como la Organización Panamericana de Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unpfa), para fortalecer el abastecimiento público. Además, ha creado el concepto de los Recursos Estratégicos en Salud, que incluye a “los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios que el Minsa reconoce como esenciales” y “algunos plaguicidas, productos

veterinarios y otros productos de importancia para las estrategias e intervenciones sanitarias”. El operador logístico es Cenares, y solo para los Recursos Estratégicos de Salud dirigidos al sector público, con las funciones de conducir la cadena de abastecimiento público y la trazabilidad de estos recursos. Conduce la red de almacenes y efectúa la redistribución de los recursos estratégicos en el ámbito nacional, incluidos aquellos solicitados por Essalud, Inpe, la Sanidad Policial y las sanidades militares, en un proceso de incorporación progresivo.

Además, obliga a las farmacias y boticas privadas a “mantener disponibles o demostrar la venta de medicamentos genéricos esenciales” y aplica sanciones por incumplimiento hasta por dos unidades impositivas tributarias (UIT). Es decir, en lugar de insistir en lograr el óptimo abastecimiento de medicamentos en los establecimientos de salud públicos, el gobierno se restringe a los recursos estratégicos de salud y a obligar a las farmacias y boticas privadas a ofrecer aquello que el propio gobierno está obligado a realizar y no hace.

¹ Ministerio de Salud de Chile. Ley 21198. 8 de enero de 2020.

² Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 30 de octubre de 2019.

SIS debilita el primer nivel de atención de salud

Urge pensar en los ciudadanos

La última semana se han firmado los convenios que, a propuesta del Seguro Integral de Salud (SIS), se suscriben cada año con los hospitales y las cuatro direcciones de redes integradas de salud (Diris) de Lima Metropolitana. El SIS plantea una cobertura de riesgos y daños, los mecanismos de pago e incluso las auditorías de cumplimiento. La alineación de estos tres mecanismos determina la política nacional de salud. El convenio es la expresión genuina de la política de salud, porque las transferencias económicas son el incentivo para que se cumplan.

A pesar de que el SIS solo representa en promedio el 10 % del gasto total del presupuesto para la salud del Minsa y de los gobiernos regionales, su importancia radica en que –a través de los convenios, de las transferencias y las auditorías– asegura el cumplimiento de la propuesta gubernamental en salud. Es una herramienta fundamental para la conducción sectorial. El análisis de los convenios firmados y en plena ejecución permite discernir entre la realidad y la ficción creada por la retórica y la demagogia.

El fortalecimiento del primer nivel de atención de salud es la política más importante, según declaraciones de la propia ministra de Salud. Significa acercar la atención médica y de salud al domicilio del ciudadano. Implica fortalecer la capacidad resolutoria de los puestos y centros de salud, la creación e implementación de las redes integradas (RIS), promover la salud y la Atención Primaria de Salud (APS), el abordaje de los determinantes económicos sociales y culturales, así como la medicina preventiva, la resolución

“

A pesar de que el SIS solo representa en promedio el 10 % del gasto total del presupuesto para la salud del Minsa y de los gobiernos regionales, su importancia radica en que –a través de las transferencias y las auditorías– asegura el cumplimiento de la propuesta gubernamental en salud.

”

de las necesidades curativas en el ambulatorio o máximo con 24 horas de internamiento, además del seguimiento de las enfermedades crónicas y degenerativas. Sin embargo, los convenios del SIS en lugar de fortalecer debilitan el primer nivel de atención de salud.

El convenio plantea un monto fijo anual por afiliado, es decir, per capite, también conocido como “capitado” orientado al “cumplimiento de indicadores”, en un determinado territorio, sobre la base de un “techo presupuestal”. Es decir, con la finalidad de realizar medidas de salud pública, como las estrategias sanitarias y otros. No existe estudio actuarial, salvo el de 2012 y, además, el techo presupuestal varía cada año en función de la caja fiscal, sin mediar estudio actuarial alguno. Sin embargo, ya es conocido, que el

mecanismo de pago “capitado” estimula la referencia de los pacientes a los hospitales, porque no existe ningún incentivo económico para resolver los daños o enfermedades en los centros y puestos de salud, debido a que no existe el mecanismo de pago por servicios o por expediente. Es decir, el financiamiento no incluye la consulta externa, la valorización del catálogo médico y sanitario, los medicamentos, los insumos y la alimentación de los usuarios. En consecuencia, no se resolverán los problemas de atención médica curativa, los procedimientos, la medicina del día, y menos aún la medicina preventiva, entre otros, porque no habrá dinero. Y además porque no se evaluarán para el cumplimiento del convenio referidos a los indicadores prestacionales.

Sin embargo, lo grave es que, por presión de los usuarios y de los enfermos, los puestos y centros de salud prioricen la atención curativa, realicen procedimientos, que luego no serán reembolsados. Es obvio que el dinero para esas atenciones será sustraído del escaso presupuesto “capitado”. Este

mecanismo de pago “capitado” fue usado durante el lustro humalista, en consecuencia, es previsible que retorne el abandono de la salud pública como ocurrió entonces.

Además, las transferencias financieras tendrán un primer tramo del 70 % de su techo presupuestal y luego entre junio y agosto el segundo tramo del 30 %, sujeto a cumplimiento de indicadores financieros, de aseguramiento y prestacionales. Los indicadores prestacionales más saltantes involucran a los partos atendidos, a las teleconsultas y al número de referencias de consulta externa realizadas. No queda claro cuál es el criterio de transferencia de solo el 70 % del primer tramo, si se toma en cuenta que el mecanismo de pago es “capitado” y las metas están preestablecidas. Además, si se quita el restante 30 % por no cumplir las metas, agravará el incumplimiento, contrario al interés de la población. No hay que pasar por alto que en el año 2019 los establecimientos de salud del primer nivel de atención no lograron sus metas, perjudicaron a los usuarios y devolvieron dinero. Por si fuera poco, los servidores del primer nivel de atención perdieron dinero, porque no cobraron el sueldo adicional mensual por cumplimiento de metas (bono de desempeño).

Ahora el SIS posee cinco tipos de seguros: gratuito, emprendedor, independiente, microempresas y el último creado por el actual gobierno, denominado SIS para todos. Como el primer nivel no resuelve los problemas de la gente debe referirlos “más arriba”. Entonces, acudirán primero al puesto y centro de salud más cercano a su domicilio por una referencia, luego acudirán al centro de Salud I-4, y luego al hospital II; y de ser necesario, también al hospital de nivel III y al instituto especializado. Lista de espera, pérdida de tiempo y agravamiento de la enfermedad. La ministra de Salud debe meditar su equipo de gestión. ¡Urge pensar en el ciudadano!

“

Sin embargo, ya es conocido, que el mecanismo de pago “capitado” estimula la referencia de los pacientes a los hospitales, porque no existe ningún incentivo económico para resolver los daños o enfermedades en los centros y puestos de salud, debido a que no existe el mecanismo de pago por servicios o por expediente.

”

El gobierno y las elecciones congresales complementarias

Excesiva fragmentación y limitada representatividad

El 26 de enero de 2020 se realizaron las elecciones complementarias para el Congreso de la República. La jornada electoral se ha realizado sin mayores contratiempos; sin embargo, hay hechos que no se pueden pasar por alto, como el ausentismo (más del 25 %), los votos blancos y nulos que han sido considerables (entre 12 % y 15 %) y, además, el conjunto de los votos de los partidos que no han pasado la valla electoral, que asciende a casi el 30 % según cifras preliminares, porque el conteo final aún no ha concluido. Por si fuera poco, a la dispersión del voto en nueve agrupaciones políticas que han sobrepasado la valla del 5 %, y que por tanto obtendrán representación congresal, se ha agregado la escasa votación: por debajo del 11 % de los votos válidos para cada uno de los partidos políticos participantes.

El proceso electoral y sus resultados evidencian algunos aspectos políticos preocupantes para el desarrollo de nuestro país. La excesiva fragmentación y escasa votación de las agrupaciones políticas demuestran la fractura entre el Perú oficial y formal y el otro Perú; fractura que impide que las propuestas políticas nacionales consensuadas, que benefician a todos, sean atractivas para la diversidad de votantes. La fractura es alimentada no solo por la exagerada desigualdad y la exclusión, sino también por la progresiva desaparición de las clases medias. El deterioro del crecimiento económico ha hecho volar por los aires las expectativas de la gente, sobre todo de los sectores medios de la sociedad. En lugar de unir esfuerzos para el futuro, pretenden arrancar las existencias del presente. Es decir, el riesgo del populismo es latente.

“

La excesiva fragmentación y escasa votación de las agrupaciones políticas demuestran la fractura entre el Perú oficial y formal y el otro Perú...

”

Una vez más se reitera la brecha entre el número de votos y el número de curules que obtienen los partidos. La valla electoral, la cifra repartidora, el ausentismo, el voto blanco y el nulo han logrado, por ejemplo, que un partido que ha obtenido solo el 10,7% de los votos, en lugar de obtener 13 congresistas, es decir el 10% de 130, obtenga 25 curules, casi el doble. Un porcentaje que no han obtenido en votos. Es necesario realizar los

cambios legislativos para evitar que casi el 50% de la población no se sienta representada en el Congreso de la República.

La excesiva fragmentación y la limitada representatividad ante la población del Congreso de la República deteriora la gobernabilidad y la fortaleza del propio Poder Ejecutivo. El presidente no ha obtenido el respaldo electoral necesario para gobernar. Incluso, al partido político que en modo expreso ha manifestado su afinidad con el Gobierno, tampoco le ha ido mejor que a los otros. La polarización política extrema le ha pasado factura al presidente, porque la elección congresal complementaria no le ha sumado aliados políticos. Además, la dispersión de las minorías congresales –no solo en el aspecto numérico sino también ideológico, programático y reivindicativo– replanteará la agenda política. Es probable que el propio gobierno intente construir una nueva agenda para ganar aliados y legitimarse. Sin embargo, no será fácil. El nuevo Congreso ha nacido polarizado. La prueba de fuego será la elección de la mesa directiva y luego la agenda mínima concertada, no solo al interior del Congreso sino también con el Poder Ejecutivo.

La valoración de la Constitución Política del Estado está sobre el tapete. Las reformas políticas, el régimen económico, las políticas sociales y la lucha contra la corrupción, entre otros. Sin embargo, la agenda heredada es frondosa. Hay cuestiones que requieren dos tercios de los votos para aprobarse,

“

En lugar de unir esfuerzos para el futuro, pretenden arrancar las existencias del presente. Es decir, el riesgo del populismo es latente.

”

“

Es necesario realizar los cambios legislativos para evitar que casi el 50 % de la población no se sienta representada en el Congreso de la República.

”

y es probable que se aplacen. Incluso aquellos acuerdos polémicos que necesitan mayoría calificada. También será tarea complicada la revisión de todos los decretos de urgencia promulgados en el llamado “interregno parlamentario”. Es decir, la confluencia de votos para lograr los cambios será complicado. Quizá sea aplicable el dicho “mucho ruido y pocas nueces”. Además, el tiempo es escaso. En estas circunstancias, el rol del presidente es crucial y podrá

cobrar relevancia la tentación de construir la gobernabilidad sobre la base de la estructura y los aparatos del Estado. En ese escenario no sería raro pasar de los decretos de urgencia a la promulgación de decretos legislativos.

Sin embargo, la ciudadanía espera que se retome el crecimiento económico, se elimine la pobreza, mejore la competitividad, se fortalezcan las políticas sociales, que el Estado se acerque a las necesidades de la gente, el respeto irrestricto de los Derechos Humanos, del equilibrio de poderes, de la democracia y del Estado de Derecho. El nuevo Congreso de la República, en uso de su atribución fiscalizadora, deberá pasar revista a cada una de las instancias de gobierno, combatir la corrupción y el mercantilismo que anida en su seno y derogar las normas que los sustentan. Y, sobre todo, incluir en la Agenda País a todos los peruanos, sin marginados ni discriminados. ¡Cuidado con la polarización de los unos contra los otros que atiza la agenda populista!

“

También será tarea complicada la revisión de todos los decretos de urgencia promulgados en el llamado “interregno parlamentario”.

”

Gobierno rengo

Con dificultades para encontrar colaboradores de fuste

Las elecciones complementarias al Congreso de la República no han legitimado las políticas del Gobierno, porque no ha obtenido representación congresal afín que le asegure una holgada mayoría. Al contrario, la dispersión del voto y de agrupaciones políticas ha obligado al presidente a reunirse con los congresistas electos para presentar sus requerimientos y obtener consensos y la posibilidad de cabildear para obtener una mesa directiva dúctil y poco crítica a su gestión. Sin embargo, el contexto es complicado debido al inicio del año electoral. La instalación del nuevo Congreso dará inicio al Gobierno “pato rengo”.

El Gobierno en el interregno parlamentario ha promulgado 67 decretos de urgencia para implementar la reforma económica y social. El nuevo Congreso solo debería ocuparse de la continuación de la reforma política, de justicia y anticorrupción. Sin embargo, no es tan fácil. La opinión pública ha captado la endeblez de las encuestas y la poca capacidad de endose o arrastre del presidente. El nuevo Congreso, a pesar de su atomización y la pequeña representación de cada una de las agrupaciones políticas que lo integran, ha actualizado su relación con los votantes. Es una ventaja frente al Ejecutivo. Además, la polarización extrema anterior a su disolución y luego la interpretación amplia de la potestad para legislar; a través de decretos de urgencia, merecerán arduo debate. Existe una nueva realidad política.

La alusión al Gobierno “pato rengo”, se debe a que el presidente, luego de las elecciones complementarias, ha desnudado sus debilidades. Su mandato tiene fecha de expiración y los partidos políticos ya se encuentran en pleno proceso electoral, porque las elecciones complementarias de 2020 solo han sido el primer peldaño. Es un gobernante disminuido, con dificultades

“

El nuevo Congreso, a pesar de su atomización y la pequeña representación de cada una de las agrupaciones políticas que lo integran, ha actualizado su relación con los votantes.

”

para encontrar colaboradores de fuste. Además, al carecer de mayoría propia en el Congreso, no posee capacidad para realizar los “cambios impopulares” que el país necesita. La prueba de fuego será la revisión de los decretos urgencia.

En el Sector Salud hay cinco decretos de urgencia que han generado polémica y diversas críticas. El primero es el Decreto de Urgencia N.º 014-2019¹, “Ley de Presupuesto” que ha omitido una serie de proyectos en marcha, políticas gubernamentales, como ampliación de los casi cuatro

millones de nuevos afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), el cumplimiento de la escala remunerativa de los servidores y nuevos proyectos de inversión. El segundo es el Decreto de Urgencia N.º 014-2020², que afecta a la negociación colectiva, debido a intervención del Ministerio de Economía (MEF) y de Servir. Se suspenden las negociaciones colectivas realizadas con anterioridad y se prohíbe presentar pliegos de reclamos el año 2020. Los afectados son todos los gremios, incluidos los del sector salud; pero el colmo es en Essalud, porque goza de autonomía constitucional.

El tercero es el Decreto de Urgencia N.º 016-2020³, que prohíbe la contratación o nombramiento bajo el régimen laboral 276, y solo autoriza el régimen de contratos 1057 (CAS). Hay violación del derecho en los ascensos de los servidores del sector salud, en los concursos de nombramientos en las plazas que se liberan luego del concurso de ascenso, en los contratos de suplencia temporal y reemplazos, además de la violación de las leyes de nombramiento en curso. La real intención del Gobierno es que las plazas vacantes originadas por límite de edad, fallecimiento, renuncias, resignaciones destituciones

“

El segundo es el Decreto de Urgencia N.º 014-2020, que afecta a la negociación colectiva, debido a intervención del Ministerio de Economía (MEF) y de Servir.

”

e incapacidad permanente desaparezcan. Pone coto a los procesos de nombramientos de los servidores contratados. Limita la acción del juez al prohibir la reposición o reincorporación laboral, que solo podrá exigir un pago indemnizatorio con topes de hasta doce sueldos mensuales. Complicada situación para un sector cuya actividad se basa en la relación directa con los usuarios o pacientes.



El tercero es el Decreto de Urgencia N.º 016-2020, que prohíbe la contratación o nombramiento bajo el régimen laboral 276, y solo autoriza el régimen de contratos 1057 (CAS).



El cuarto es el Decreto de Urgencia N.º 017-2019⁴, que establece medidas para la cobertura universal en salud, y que incorpora a casi cuatro millones de nuevos afiliados al SIS, pero que en la práctica recorta los derechos a la seguridad social y a la integridad de la atención médica y de salud de sus afiliados. El derecho a la salud se reduce a garantizar solo las enfermedades baratas y comunes, incluidas en el Plan Esencial de Aseguramiento. Excluye a las enfermedades de capa compleja y las de alto costo. Además, la inclusión de nuevos afiliados no se ha visto relacionada con la Ley de Presupuesto, que incluso le recorta dinero al SIS.

El quinto es el Decreto de Urgencia N.º 007-2019⁵, de “medicamentos genéricos”, que modifica el sistema de abastecimiento y autoriza la transferencia de dinero a las organizaciones intergubernamentales como OPS, Unicef y Unfpa para la adquisición de medicamentos, con pérdida de la capacidad de fiscalización y control de ese gasto. Asimismo, obliga a un stock mínimo de medicamentos genéricos en las farmacias y boticas privadas, que incluye multas y sanciones, entre otros. Cada acápite genera controversia. Sin embargo, no hay acciones que demuestren la bioequivalencia, la intercambiabilidad y la calidad de los medicamentos. Los médicos deben saber qué recetan y los pacientes qué consumen.

Los decretos de urgencia que hemos aludido implican la política del hecho consumado. Las controversias y conflictos son inevitables. Se anuncian paralizaciones en el sector Salud. El nuevo Congreso tiene una amplia tarea.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 22 de noviembre de 2019.

² Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 22 de enero de 2020.

³ Diario oficial El peruano. Normas Legales. 23 de enero de 2020

⁴ Diario oficial El peruano. Normas Legales. 23 de enero de 2020

⁵ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 30 de octubre de 2019

Salud: caos, sufrimiento y muerte

Entre la realidad y las ficciones de los funcionarios¹

La organización sanitaria del país atraviesa uno de sus momentos más difíciles de las últimas décadas. No existe día en que la prensa no refleje esta situación. No escapa de la crítica ningún sector, sea público, privado o mixto; es decir, todos los ministerios y sectores que componen el Sistema Nacional de Salud. La población es víctima de colas, de falta de atención, desabastecimiento, falta de equipos e infraestructura y profesionales. El reclamo es airado, unas veces violento y otras, además, a través de la vía administrativa y judicial. Las víctimas son los servidores de salud porque entran en contacto directo con los usuarios. Pasan desapercibidos los verdaderos responsables debido a que los funcionarios o los políticos que gestionan la salud son invisibles para el ciudadano. Se ha llegado a esta situación debido al divorcio que existe entre las ofertas políticas, la implementación y la realidad.

Existe un mundo sanitario dual. Por un lado, la realidad; y por el otro, las normas que los funcionarios “implementan” en una realidad virtual. Sin embargo, la población necesita atención médica y cuidados de salud en modo real, porque el sufrimiento y la muerte son reales. Además, algunos “estudiosos” en lugar de analizar la realidad solo estudian el aspecto normativo y emiten conclusiones y dan consejos. Solo revisemos algunos ejemplos de esta realidad virtual: Aseguramiento Universal. Seguro Integral de Salud (SIS). Incorporación de cuatro millones de nuevos afiliados al SIS. Atención Médica para Todos. Ningún niño se queda sin atención médica. Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento de Salud (Iafas) e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress). Plan Esencial de Aseguramiento (PEAS), medicamentos genéricos, entre otros.

La realidad es que no existe aseguramiento universal, porque no hay intercambiabilidad de prestaciones entre los diversos tipos de instituciones de seguridad social y seguros privados. El Seguro Integral de Salud (SIS) no es un seguro, sino un fondo de ayuda a la pobreza. Y tampoco es integral, porque solo cubre las enfermedades comunes y baratas; además, solo sirve para el Minsa y los gobiernos regionales. Las enfermedades complejas y de alto costo están excluidas, salvo engorrosos trámites o previo pago de bolsillo. No hay IAFAS porque aún no se han adecuado a la ley y al reglamento. Y los establecimientos de salud tampoco han sido acreditados para ser considerados Ipress. Son motejados como lafas e IPRESS sin cumplir los requisitos legales. Se han incorporado 4 millones de nuevos afiliados sin agregar dinero, eso significa que la afiliación es nominal. Hay falta de médicos generales y especialistas, infraestructura, equipos, insumos y medicamentos para atender a toda la población, aún siquiera a los niños. Además, los medicamentos genéricos no han acreditado bioequivalencia e intercambiabilidad; es decir, no demuestran que la copia genérica es idéntica al original. Agrava la situación la existencia en el mercado de medicamentos falsificados, adulterados y de contrabando, es decir, de la medicina bamba.

Las víctimas son los servidores de salud porque entran en contacto directo con los usuarios.

Han planteado el fortalecimiento de los establecimientos del primer nivel de atención y de la medicina preventiva, de la promoción de la salud y de la Atención Primaria de Salud (APS); sin embargo, los convenios de gestión para transferir financiamiento van en sentido contrario. Se han creado cuatro Direcciones de Redes Integradas de Salud (Dires) en Lima Metropolitana, pero en la práctica no existe ninguna Red Integrada de Salud. ¿Qué administran entonces estas direcciones? Centros y puestos de salud aislados, en el caos y el desgobierno. Es increíble.

El Gobierno, a través de normas, ha desencadenado una serie de procesos que coactan derechos de los médicos, de los servidores de la salud y del conjunto del sector público. Por ejemplo, el Pliego de Reclamos de los gremios de médicos, a estas alturas, ya tiene casi cuarenta puntos. El agravio a los servidores, a los contratados, a los serumistas y a los médicos en proceso de especialización (residentes) es mayúsculo, y evidencia la voluntad política del

“

La realidad es que no existe aseguramiento universal, porque no hay intercambiabilidad de prestaciones entre los diversos tipos de instituciones de seguridad social y seguros privados.

”

más alto nivel, a través de decretos de urgencia.

El mundo sanitario dual que ha sido creado por la ficción de los funcionarios gubernamentales ha transformado al acto médico, basado en una relación de confianza y relaciones cordiales entre los médicos y los pacientes, en una relación de desconfianza, conflicto, maltrato y judicialización. En estas condiciones es insostenible laborar en el sector salud, sea público o en el privado. Los conflictos pueden

llevar a la ruina económica de los servidores y sus familias. La gran ficción y su propaganda en los medios de comunicación masiva han convertido a los servidores de salud en el blanco fácil de la ira popular como producto del masivo engaño.

Los gremios con justa razón reclaman mayor protección policial, sanciones drásticas para los agresores y disuadir la violencia contra los servidores de la salud, y en especial contra los médicos. Además, se plantea la despenalización del acto médico; es decir, excluir al ejercicio profesional de la medicina de las sanciones con carcelería. Sin embargo, aún no hay observaciones a la vía civil y administrativa. Es decir, al resarcimiento, a la indemnización, así como a las limitaciones del ejercicio profesional. Pero esas propuestas son insuficientes, porque son parte de las consecuencias. Es importante sincerar la realidad. Eliminar la ficción y ese constructo dual que la sustenta. El nuevo Congreso tiene una ardua tarea.

¹ Cuba Herberth. Portal El Montonero. elmontonero.pe 14 de febrero de 2020.

Reiteración de la fallida reforma de Salud humalista

Vía decretos de urgencia y sin consenso político

Luego del cierre del Congreso de la República, el gobierno ha promulgado una serie de decretos de urgencia para reimpulsar la fallida reforma de salud del gobierno humalista. Además, en la última semana se han producido las designaciones de los exfuncionarios y miembros del núcleo ejecutor de la reforma de ese periodo en puestos importantes en el gobierno y en los diversos sectores que componen el Sistema Nacional de Salud. En el periodo humalista el proceso de “reforma de salud” se produjo sin consenso político, a través de decretos legislativos. Ahora ocurre lo mismo, vía decretos de urgencia y sin previo consenso con los actores políticos, sociales y económicos involucrados.

La primera tarea del gobierno ha sido desligarse y abandonar el proceso de cambio y transformación del sector Salud, iniciado el 28 de julio de 2016, para luego reintroducir los objetivos de la reforma humalista. Y también el uso de sus conceptos, como el de “separación de funciones de financiamiento y prestación en las instituciones de salud públicas”, el aún inaplicable “aseguramiento universal” y el “Plan Esencial de Aseguramiento en Salud” (PEAS). La promulgación del decreto de urgencia de Cobertura Universal en Salud (CUSS)¹ ha tenido el propósito de reiterar esa política, ajustar los fallos que produjeron su fracaso y hacer explícito el recorte de los derechos a la salud de los ciudadanos; es decir, abandonar el derecho a la integralidad del cuidado y la atención de salud, y solo reconocer un plan esencial (PEAS), preestablecido según caja fiscal.

A partir de la promulgación del decreto de urgencia del CUSS, el Estado se exime de reconocer el derecho a la atención de las enfermedades complejas o las de alto costo, salvo engorrosos trámites mendicantes, porque ahora es responsabilidad de los propios ciudadanos. Sin embargo, el mensaje político ha sido la incorporación de cuatro millones de nuevos afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS) y la declaración de este año como el Año de la Universalización de la Salud.



La primera tarea del gobierno ha sido desligarse y abandonar el proceso de cambio y transformación del sector Salud, iniciado el 28 de julio de 2016, para luego reintroducir los objetivos de la reforma humalista.



Durante el lustro humalista la implementación de la fallida reforma de salud se produjo en medio de un incremento del presupuesto público para el sector Salud, de casi 2.5 veces frente al presupuesto histórico. Ha sido una reforma en medio de la “bonanza”. Ahora, al contrario, “el reimpulso” de la fallida reforma humalista se produce en la escasez, con casi nulo crecimiento económico de nuestro país. Además, la disminución de ingresos que sufren los sectores medios de la población los obliga a utilizar los servicios públicos. Es decir, escasez de recursos y menor oferta para una mayor demanda de salud.

Los decretos de urgencia deberán ser revisados y el gobierno no posee bancada propia en el Congreso de la República. A falta de consenso político y de liderazgo del Minsa en la defensa ideológica y programática de la propuesta, existe el riesgo de echar mano a los aparatos coercitivos del Estado. Además, la ministra de Salud, al provenir de la Policía Nacional, tiene un natural espíritu de cuerpo para frenar cualquier atisbo de protesta. Hay algunos hechos preocupantes, transmitidos por las redes sociales; por ejemplo, el uso de la fuerza policial contra los propios servidores de la sede central del Ministerio de Salud y las medidas de seguridad biométricas adoptadas para los propios funcionarios.

La reforma mercantilista, humalista, se muestra en la experiencia de la Sanidad de la Policía Nacional², así como en sus resultados. La separación de funciones permite que exista una caja, un fondo autónomo, que a su vez es un gran comprador de prestaciones, de atenciones médicas y de salud. Al

“

A partir de la promulgación del decreto de urgencia del CUSS, el Estado se exime de reconocer el derecho a la atención de las enfermedades complejas o las de alto costo, salvo engorrosos trámites mendicantes, porque ahora es responsabilidad de los propios ciudadanos.

”

año las instituciones de los diversos sectores y organizaciones del Sistema Nacional de Salud realizan más de 200 millones de actos médicos. La auditoría de cada acto es imposible, dada la cantidad, además, la especialización médica implica proveedores únicos o escasos, es decir, con casi nula competencia. La falta de interoperabilidad de los sistemas informáticos, ausencia de tarifario único, falta de registros contables y financieros estandarizados, entre otros, convierte a las “compras estratégicas” en un traspaso mercantilista de recursos financieros.

La experiencia del humalismo, nos heredó el colapso de los hospitales

y policlínicos de la Sanidad Policial, insatisfacción en la atención de la familia policial, quejas e injusticias. Los reportajes de la prensa han desnudado esa realidad. El SIS heredó una enorme deuda de casi 2 500 millones de soles no solo con los hospitales y centros de salud públicos, sino también con los servicios de salud privados. A partir de 2016, con enorme sacrificio se lograron sanear las deudas del SIS. Se inyectó presupuesto adicional a la Sanidad Policial para la mejora de la infraestructura sanitaria, debido a su deplorable estado. A pesar de la experiencia, ahora se plantea reimpulsar la fallida reforma mercantilista del lustro humalista, pero, además, el gobierno pretende incluir a Essalud.

En el año 2015, el Foro del Acuerdo Nacional³ fue convocado para salir del impasse debido a los graves conflictos que se produjeron en la fallida reforma. Los consensos se implementaron a partir de 2016; sin embargo, ahora se pretende retroceder. ¡Gran tarea para el nuevo Congreso!

¹ Diario oficial El peruano. Normas Legales. Decreto de Urgencia 017-2019. 28 de noviembre de 2019

² Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Legislativo N.º 1174. 7 de diciembre de 2013.

³ Acuerdo Nacional. Los objetivos de la Reforma de Salud. 2015.

Salud, Moquegua y las epidemias

Minsa necesita ejercer liderazgo y reemplazar funcionarios

Las funciones de salud han sido transferidas a los gobiernos regionales; a excepción de Lima Metropolitana, que desde el punto de vista sanitario depende del Gobierno central. Es decir, el Ministerio de Salud (Minsa) es el responsable de la salud de los diez millones de habitantes que tiene la capital. Las deficiencias en el proceso de descentralización crearon el fenómeno de la autonomización en salud en cada gobierno regional; es decir, la fractura del gobierno nacional unitario. Además, a pesar de que la Ley de Bases de la Descentralización señala que la salud es una función compartida entre el Gobierno nacional y el regional, se ha transferido a los gobiernos regionales. Ha sido necesario debatir y aprobar la Ley N.º 30895¹, que fortalece la función rectora del Minsa, para corregir los defectos de la autonomización. Sin embargo, aún no se ha reglamentado, pese a haber transcurrido más de 14 meses.

Lima Metropolitana se ha dividido en cuatro zonas –Lima Norte, Lima Sur, Lima Centro y Lima Este–, cada una a cargo de una Dirección de Redes Integradas de Salud (Diris). Las cuatro Diris están a cargo de la Dirección General de Operaciones del Minsa, y a su vez del despacho viceministerial de Prestaciones y Aseguramiento. Es decir, la gestión de la salud no depende, como en las regiones, del gobernador regional, sino, directamente del Ministerio de Salud y de la Presidencia de la República. Los cargos de las más altas autoridades de la gestión de salud en Lima Metropolitana son de confianza. Es en este rubro que cobra importancia Moquegua, debido a que exfuncionarios del gobierno regional del ahora presidente de la

“

Las deficiencias en el proceso de descentralización crearon el fenómeno de la autonomización en salud en cada gobierno regional; es decir, la fractura del gobierno nacional unitario.

”

República, manejan la salud de Lima Metropolitana. Por ejemplo, el exdirector regional de salud de Moquegua ahora es director general de Operaciones del Ministerio de Salud y mantiene bajo su mando las cuatro Diris de Lima Metropolitana.

La Dirección General de Operaciones (DGOS) tiene como una de sus funciones, según el artículo 110 de Reglamento de Organización y Funciones del Minsa (DS N.º 008-2017-SA)², “gestionar, operar y articular las prestaciones de

servicios de salud de alcance nacional prehospituarios, y prestaciones de servicios de salud hospitalarios de los institutos especializados y hospitales nacionales; así como, el primer nivel de atención en Lima Metropolitana”. Es decir, se encarga no solo de la gestión de los centros y puestos de salud, los hospitales y los institutos especializados de Lima Metropolitana, sino también de los servicios prehospituarios –es decir, comunitarios– de salud pública y emergencias. En consecuencia, el rol que cumple la DGOS es crucial para la respuesta sanitaria ante las necesidades de los habitantes de Lima Metropolitana. Moquegua no es buen ejemplo de gestión en salud, debido a las irregularidades y cuestionamientos en proceso de investigación, en la construcción del Hospital Regional de Moquegua. Ha fallado el concepto de hospital seguro y su adecuada ubicación geográfica, al haber sufrido daños por los huacos e inundaciones del 26 de febrero de 2020.

El desarrollo organizativo en salud de Lima Metropolitana está inconcluso. El Minsa, la DGOS y las Diris han sido incapaces de crear aunque sea una sola Red Integrada de Salud. El propio nombre de Diris es plural, porque alude a que tiene bajo su administración a varias Redes Integradas de Salud. Sin embargo, eso no ha ocurrido. Cada una de las cuatro Diris fueron creadas con una pequeña burocracia de 50 servidores, para descentralizar y administrar la gestión sanitaria cerca al domicilio del ciudadano a través de las Redes Integradas de Salud. Sin embargo, la burocracia ahora bordea los 800 servidores en cada Diris. Han centralizado la gestión administrativa y sanitaria, contrariamente al proceso de descentralización y a las normas de Redes Integradas de Salud.

Por ejemplo, Lima Norte no posee ninguna Red Integrada de Salud, tiene a su cargo 105 centros de salud y los hospitales de Puente Piedra (Carlos Lanfranco La Hoz), de Collique (Sergio Bernal) y Cayetano Heredia. A pesar del tiempo transcurrido no han podido siquiera esbozar alguna forma de organización sanitaria semejante a las Redes Integradas de Salud. La prensa ha puesto en evidencia las quejas de los ciudadanos, las infecciones intrahospitalarias

(bacteria resistente productora de KPC)³, el maltrato físico por parte de airados usuarios a médicos, las enormes colas, serios problemas en las referencias y contrarreferencias de los pacientes, y la informalidad en las decisiones de salud pública, entre otros. Además, el ambiente laboral es conflictivo, las paralizaciones y las protestas son recurrentes. En estas condiciones, Lima Norte posee un clima poco propicio para enfrentar el reto de las epidemias.



Es en este rubro que cobra importancia Moquegua, debido a que exfuncionarios del gobierno regional del ahora presidente de la República, manejan la salud de Lima Metropolitana.

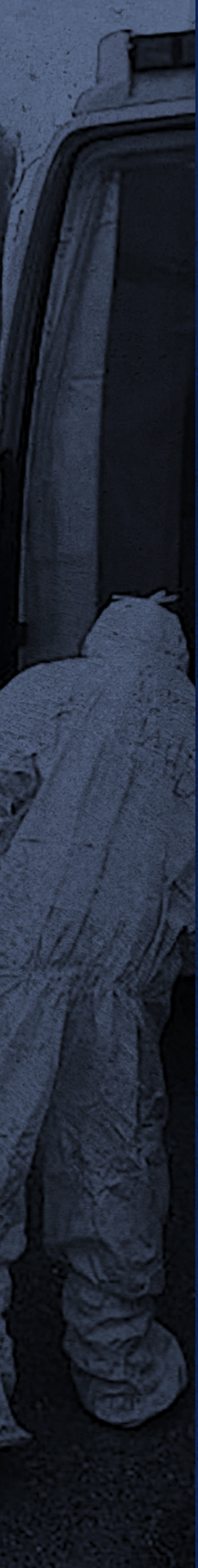


¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Ley N.º 30895. 28 de diciembre de 2018.

² Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Supremo N.º 008-2017-SA. 5 de marzo de 2017 y 011-2017-SA. 21 de abril de 2017.

³ Canal N. Registran 7 portadores con bacteria multirresistente a antibióticos en el Hospital Cayetano Heredia. 10 de febrero de 2020.





Capítulo 3

El primer caso covid-19,
la incomprensión de la
pandemia y los escasos fondos

Acontecimientos entre
el 6 y el 15 de marzo de 2020

Salud, epidemias y desencuentro político

Gobierno esta en la obligación de brindar información precisa

En los últimos días el gobierno ha resaltado dos aspectos, como si fueran los más urgentes en salud: la promulgación del Reglamento de la Ley de Salud Mental y la reunión con los “académicos” para asesorarse en relación al Aseguramiento Universal¹. Ambos aspectos son consecuencia de la Ley de Salud Mental y del Decreto de Urgencia de Cobertura Universal de Salud². La nueva política de salud mental y el aseguramiento universal reducen la acción del Estado y transfieren la responsabilidad de la salud y el tratamiento de las enfermedades al propio ciudadano y a sus familias.

Sin embargo, el aspecto urgente y relevante del momento es el reclamo de la ciudadanía ante la epidemia del dengue con su vector (zancudo) *Aedes aegypti*, los brotes de bartonellosis, y leishmaniasis con su vector del género *Lutzomyia*, que ya se encuentran en Lima. Además de la tuberculosis y, sobre todo, del pánico mundial del nuevo virus, un coronavirus conocido como SARS-CoV-2; sin perder de vista, a los desastres producidos por lluvias y huaicos. Es decir, en realidad, existe un desencuentro entre el gobierno y la población.

El nuevo virus, SARS-CoV-2, genera pánico y confusión. El aporte de China en el estudio de la naturaleza viral y el aislamiento del foco es encomiable. Sin embargo, ya rebasó ese aislamiento y ahora cada nuevo brote en más países aporta información adicional relevante para tomar medidas más eficaces para prevenir y curar. La mente humana no está preparada para convivir con la confusión que origina lo desconocido y, por tanto, busca información. Pero si no encuentra a mano información científica, coherente y entendible, se

refugia en las medias verdades, en la desinformación, en las creencias, en los mitos y hasta en el rumor de agentes comerciales interesados.

El gobierno esta en la obligación de eliminar la confusión, evitar la desinformación y fortalecer la comunicación de los riesgos con base científica, en modo directo, simple y con tecnologías apropiadas. Sin embargo, eso no ha ocurrido. En lugar de comunicar los riesgos, las medidas estratégicas y lo que se espera del comportamiento de los ciudadanos, el Gobierno ha actualizado temas ya conocidos y que ahora forman parte de la rutina de la gestión del sector salud. No hay que confundir los planos. El marketing político no debería sustituir a la comunicación de riesgos, en perjuicio de las exigencias y necesidades de la población.



El nuevo virus SARS-CoV-2 genera pánico y confusión. El aporte de China en el estudio de la naturaleza viral y el aislamiento del foco es encomiable. Sin embargo, ya rebasó ese aislamiento y ahora cada nuevo brote en más países aporta información adicional relevante para tomar medidas más eficaces para prevenir y curar.



Una epidemia es también un hecho político. Su impacto en la sociedad altera la economía, las costumbres, las relaciones sociales y, sobre todo, las expectativas de la gente. La intervención del más alto nivel de Gobierno es imprescindible. Los medios de comunicación han mostrado el liderazgo, en la lucha contra el covid-19, de los más connotados jefes de gobierno y de Estado del mundo. A pesar de esos ejemplos, el Gobierno peruano, a través del sector Salud, solo ha atinado a informar, educar y comunicar aspectos puntuales para el cambio del comportamiento de las personas, que si bien es necesario, lo que se espera es la comunicación de los riesgos plasmados en un plan estratégico coherente, aprobado por el Consejo de Ministros y que involucre a todas las actividades del gobierno, a todos los sectores, a los ministerios y dependencias, así como, a la sociedad en su conjunto.

Como se sabe, una epidemia afecta a todos. Sin embargo, el impacto es distinto: golpea con mayor dureza a los sectores más pobres, a las poblaciones marginales y a aquellas personas con enfermedades preexistentes, es decir, a los que sobreviven con una existencia social precaria. La agenda frente a las

epidemias y los desastres es frondosa. El riesgo es que la nueva covid-19 solo se sume a esa agenda pendiente y que las cifras de víctimas sean invisibles para las acciones de gobierno. Las declaraciones de algunos ministros y los pocos fondos asignados dan esa sensación. Además, las comunicaciones del Gobierno se centran en la atención médica y las emergencias medicoquirúrgicas, en la medicina curativa y los medicamentos, a través del Aseguramiento Universal y la participación del sector privado.

La medicina preventiva, la Atención Primaria de Salud, la salud pública, las epidemias, los desastres y la incidencia en los determinantes económicos, sociales y culturales han pasado a segundo plano. Sin embargo, esta semana han



Como se sabe, una epidemia afecta a todos. Sin embargo, el impacto es distinto: golpea con mayor dureza a los sectores más pobres, a las poblaciones marginales y a aquellas personas con enfermedades preexistentes, es decir, a los que sobreviven con una existencia social precaria.



ocurrido movilizaciones ciudadanas de protesta, sobre todo en el Cono Norte de Lima Metropolitana, para tomar acciones contra los zancudos, contra los vectores del dengue, zika, chikungunya, uta, verruga, tuberculosis y otros daños. También por la falta de agua y desagüe y la precariedad de los colegios, los establecimientos de salud, las cárceles, y los lugares que concentran aglomeraciones.

Algunos alcaldes han viajado desde el interior del país para buscar soluciones contra las epidemias y los desastres, y para fortalecer los servicios de salud públicos. El Congreso de la República, que ha actualizado su representación en las recientes elecciones complementarias, debe fiscalizar para que el Poder Ejecutivo

cumpla el rol que le corresponde y elimine el desencuentro entre el gobierno y la población.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Supremo N.º 007-2020-SA. Reglamento de la Ley N.º 30947 de Salud Mental. 4 de marzo de 2020.

² Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto de Urgencia N.º 017-2019. 29 de noviembre de 2019.

Liderazgo y coronavirus

El objetivo estratégico es evitar el contagio masivo y simultáneo

El mundo necesita tiempo para combatir el nuevo coronavirus, o SARS-CoV-2. Las razones son obvias: mejorar la infraestructura y la capacidad de respuesta sanitaria, encontrar algún medicamento eficaz y producir la vacuna. Sin embargo, el virus tiene tres aspectos que no dan tregua: que aún no está bien conocido, la facilidad del contagio y la mortalidad. Desde enero hasta la fecha se han contagiado más de 117 000 personas y las muertes ascienden a más de 4 000 en 113 países.

El drama del covid-19 es que ocurran infecciones masivas y simultáneas, cuyo resultado sea que las poblaciones vulnerables –los adultos mayores, los enfermos crónicos, las personas con bajas defensas inmunológicas, entre otros– adquieran formas más graves de la enfermedad y necesiten atención hospitalaria en unidades de cuidados intensivos. Es cierto, que la población no vulnerable podría hacer frente con menor o casi nula ayuda hospitalaria. Los porcentajes que se han extrapolado a raíz de la experiencia de Wuhan en China, en momentos que había alrededor de 80 000 casos es más o menos la siguiente: 80 % sin síntomas o molestias leves, 15 % con molestias tipo resfrío severo y 5 % casos graves, que requieren hospitalización en unidades especiales de cuidados mayores.

Estos porcentajes han sido puestos en tela de juicio por la experiencia italiana, donde hoy en día hay 631 muertos frente a 10 149 infectados; es decir, una mortalidad del 6,2 %. Como se puede observar, las cifra del 5 % de graves según el estudio de Wuhan, ha sido sobrepasada. Es obvio que los futuros estudios ofrecerán otros resultados, debidos a un mayor número de

casos, a otras distribuciones geográficas y a distintas respuestas sanitarias. Por ejemplo, las cifras de Francia son 1 784 casos con 33 fallecidos y una mortalidad de 1,8 %, y las de Alemania son de 1 224 casos, con 2 fallecidos; es decir, una mortalidad de 0,16 %. Si bien es cierto, que las cifras son aun pequeñas en estos últimos países, como para extrapolar el comportamiento futuro, es obvio que demuestran que las acciones de gobierno y la respuesta sanitaria son importantes.

Y ¿cuál es el secreto? Impedir el contagio masivo y simultáneo con la finalidad de mantener una capacidad de respuesta hospitalaria y sanitaria para la población vulnerable y grave. Por ejemplo, si seguimos con la lógica de Wuhan, si se produjeran al mismo tiempo 1 000 casos en Lima, es probable que tengamos un 5 % de graves que requieran hospitalización en cuidados intensivos; es decir, necesitaríamos 50 camas de este tipo. Pero además los pacientes las ocuparían por días o semanas, en función de la gravedad de cada caso, situación que impediría que ocupen estas camas nuevos pacientes. Lima no tiene esa capacidad de respuesta; y si la tuviese, se agotaría en breve plazo. La experiencia italiana es aleccionadora. Ante la escasez de camas y ventiladores en las unidades de cuidados intensivos, los profesionales de la salud se han visto obligados a decidir a quienes dar o quitar los escasos recursos.

Ahora, pasemos revista a lo que podría ocurrir en el interior del Perú. El gobierno debe diferenciar dos líneas estratégicas generales: al más alto nivel del Estado y la respuesta sanitaria. El objetivo estratégico del Estado de impedir el ingreso del virus al Perú, si bien aún es vigente, ha sido sobrepasado y ahora está en un segundo plano. En esta circunstancia, el nuevo objetivo estratégico

“

**Y ¿cuál es el secreto?
Impedir el contagio
masivo y simultáneo
con la finalidad
de mantener
una capacidad
de respuesta
hospitalaria y
sanitaria para la
población vulnerable
y grave.**

”

debe ser evitar el contagio masivo y simultáneo. Este objetivo general debe guiar todas las acciones de gobierno, desde cada uno de los ministerios, las dependencias públicas, los gobiernos regionales, las municipalidades y la sociedad en su conjunto. Es imposible cumplir con este objetivo solo con las acciones del gobierno. El presidente debe liderar una gran alianza, cuyos participantes depongan las ambiciones políticas y partidarias. Es necesario ganar tiempo para salvar vidas humanas.

La atención médica y la propagación del covid-19

A cuatro días de la cuarentena y en el segundo del toque de queda

En conferencia de prensa, el presidente Martín Vizcarra ha anunciado el 17 de marzo una serie de medidas adicionales para enfrentar la pandemia del covid-19. Resalto esta conferencia porque el Gobierno ha tomado, en este evento, una nueva decisión estratégica, debido a que nuestro país ha alcanzado la fase 3 de la propagación; es decir, la transmisión comunitaria del covid-19. Las medidas adoptadas son radicales, porque implican la participación de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional para garantizar el aislamiento obligatorio en los domicilios y lograr el distanciamiento social¹. Es decir, evitar que el virus migre junto con las personas y suprimir así el contagio masivo y simultáneo. A pesar de que las medidas ya estaban dadas, se ha agregado el factor coercitivo del Estado, los subsidios, la prohibición del uso de vehículos particulares, así como de salir a las calles desde las 20:00 hasta las 05:00 horas, mecanismo conocido en el Perú como “toque de queda”.

El gobierno ha fortalecido su nivel de comunicación estratégica. La gravedad de la lucha contra la pandemia plantea evaluar la comunicación estratégica en tres niveles: el Gobierno a través del presidente, el Ministerio de Salud (Minsa) hacia la población y el Minsa hacia los servidores y prestadores del Sistema Nacional de Salud. La cascada de comunicación estratégica debe llegar hasta el puesto y centro de salud más alejado del país. El presidente ha creado un adecuado mecanismo de comunicación directa a través de conferencias de prensa. Sin embargo, el Minsa carece de una comunicación coherente, porque la comunicación hacia la población en general, ha tomado

ribetes de marketing publicitario, y ha soslayado la comunicación de la adecuación de establecimientos de salud en función a la gestión de riesgos de la pandemia. Los canales de distribución de información y comunicación hacia el interior de la organización, hacia los servidores médicos, profesionales de la salud y trabajadores, están rotos o no existen. Esa debilidad del Minsa genera un sentimiento de ficción o de dualidad de mundos que se traduce en ineficacia e ineficiencia del sistema de salud. Por ejemplo, la norma técnica para el covid-19 es inaplicable en el nivel del establecimiento de salud debido a falta de lineamientos de gestión, bioseguridad, equipos, insumos y medicamentos.



Los canales de distribución de información y comunicación hacia el interior de la organización, hacia los servidores médicos, profesionales de la salud y trabajadores, están rotos o no existen.



El Minsa necesita ponderar y valorar la información científica que, con tanto esfuerzo y premura, publican investigadores alrededor del mundo. Las publicaciones y conclusiones científicas, debido al corto tiempo desde la aparición del covid-19, aún no han tenido tiempo de ser revisadas y puestas a prueba por otros investigadores. La repetición de las observaciones, métodos y conclusiones de lo publicado podrán confirmar o negar esos resultados. Es necesario, entonces, tomar con cautela y no asumir conclusiones apresuradas. El rol del Minsa, y sobre todo del Instituto Nacional de Salud, es muy importante. Además, es necesario tener cuidado con la pseudociencia; es decir, con aquellas afirmaciones que aparentan ser científicas. La profesión médica plasma su accionar sobre la base de la ciencia y la tecnología; por tanto, el Minsa debe promover no solo la investigación y el estudio de pares, sino la difusión sistemática de la creación científica mundial.

El aspecto principal de la lucha contra la epidemia son los médicos y demás profesionales de la salud. Las máquinas, los equipos, los insumos y los medicamentos no se mueven solos. Es clave la intermediación de los servidores de salud. Además, “según Tedros Ghebreyesus, director general de la OMS, el 41 % de los casos de covid-19 en Wuhan resultaron de una transmisión relacionada con el hospital. Los proveedores de atención médica tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad y propagarla” (<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2004768>)



El aspecto principal de la lucha contra la epidemia son los médicos y demás profesionales de la salud. Las máquinas, los equipos, los insumos y los medicamentos no se mueven solos.



La cifra plantea un extraordinario reto: dotar de medidas extremas de bioseguridad a los servidores de la salud. La fase comunitaria de la transmisión implica la participación de los establecimientos del primer nivel de atención; es decir, de los puestos y centros de salud, porque es lo más cercano y accesible para los ciudadanos. Es necesario masificar las medidas extremas de bioseguridad y adaptar la gestión del primer nivel de atención de salud al desenvolvimiento de la pandemia; y extremar las medidas de protección

de los médicos y de los más servidores de salud y reducir el contacto con los usuarios al mínimo indispensable. Por ejemplo, la vacunación a domicilio a la tercera edad es una actividad riesgosa, porque el vacunador podría trasladar casa por casa el virus, porque las condiciones de bioseguridad no son las mejores y menos aún infalibles. Y quizá lo más grave, los equipos de vacunadores a domicilio vulneran y comprometen la eficacia del aislamiento y distanciamiento social que en esta fase 3 es la más importante. Es necesario impedir la réplica de la espeluznante cifra señalada por el director general de la OMS.

A cuatro días de la cuarentena y en el segundo día del toque de queda, es importante darles coherencia a las acciones del Gobierno. El liderazgo estratégico del presidente de la República debe ser acompañado con la coherencia en las acciones sectoriales del Minsa y del Sistema Nacional de Salud. Mejorar la comunicación y los mecanismos de gestión al interior del Sistema de Salud y potenciar su capacidad de respuesta. Proteger a los recursos humanos y a sus familiares para así evitar que los servidores de salud sean fuentes de contagio.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Supremo N.º 046-2020-PCM. 18 de marzo de 2020.



NOX

20L



Capítulo 4

La estrategia hospitalaria,
militar y policial.

Las pruebas rápidas.

Abandono del
enfoque comunitario

Acontecimientos entre el 23 de marzo y
el 1 de mayo de 2020

Impacto político del cambio de ministro de Salud

En medio de la crisis, Víctor Zamora asume el ministerio

El 19 de marzo ha sido relevada del cargo de ministra de Salud la médica y general de la Policía Nacional Elizabeth Hinojosa. El hecho fue anunciado por el presidente en las cotidianas conferencias de prensa del medio día, que realiza con motivo de la pandemia de covid-19. La forma ha sido sorpresiva y quizá faltaron modales. A las 14 horas ya juramentaba el nuevo ministro de Salud, Víctor Zamora¹. La justificación del cambio fue resumida por el mandatario de la siguiente manera: "Vemos oportuno un cambio por un profesional con mayor experiencia con este tipo de problemas". No ha dado más detalles, además la prensa no ha dado difusión a la "carta de renuncia" de la saliente ministra.

La ausencia de liderazgo de la exministra de salud ha permitido que pierda la vocería del Ministerio de Salud (Minsa) y del Sistema Nacional de Salud, que es función del ministro de Salud. Al perder la vocería perdió fuerza la conducción sectorial y del Consejo Nacional de Salud. La creación de la Comisión Multisectorial contra el covid-19, a cargo de la Presidencia del Consejo de Ministros, afectó la función rectora del Minsa. Obligó al propio presidente de la República a desempeñar algunas funciones del ministro de Salud. Por otra parte, algunos funcionarios intermedios, como el director general de Operaciones del Minsa provienen de la gestión del presidente cuando desempeñó el cargo de gobernador regional de Moquegua. Ellos son conocidos como "los moqueguanos". La ausencia de liderazgo se ratificó con la resolución que transfería las funciones de designación de funcionarios hacia el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento. Se hizo trizas la cadena y unidad de mando, indispensable para enfrentar una epidemia.

La fragmentación, la segmentación y las deficiencias en el proceso de descentralización de la salud a las regiones, que caracterizan al Sistema Nacional de Salud², exigen una ardua labor intersectorial y transversal. La fragmentación consiste en la coexistencia dentro de un territorio de diversos actores organizacionales sin ninguna vinculación o coordinación entre ellos. Es así que Essalud está a cargo del Ministerio de Trabajo, las sanidades militares a cargo del Ministerio de Defensa, la sanidad policial a cargo del Ministerio del Interior, los establecimientos de salud de Lima Metropolitana a cargo del Minsa, y los establecimientos de salud en cada región a cargo de su respectivo gobierno regional.

La ausencia de liderazgo de la exministra de salud ha permitido que pierda la vocería del Ministerio de Salud (Minsa) y del Sistema Nacional de Salud, que es función del ministro de Salud.

La segmentación consiste en el proceso de separación por “segmentos” de los ciudadanos en función de la fuente del financiamiento que sufragará su atención de salud. Es así que existen el SIS, Essalud, los fondos militares y el fondo de la Policía Nacional. Además, el proceso de descentralización ha transferido las funciones de salud a los gobiernos regionales, a pesar de que la Ley de Bases de la Descentralización señala que la función Salud es compartida entre los tres niveles de gobierno: nacional, regional y local. Esta anomalía ha llevado a la autonomización de cada uno de los gobiernos regionales, con afectación de la eficacia de la lucha contra la pandemia de covid-19. Las correcciones a este proceso de descentralización se realizaron por medio de la Ley N.º 30895, que fortalece la función rectora del Minsa. Sin embargo, aún no ha sido reglamentada y, por tanto, hasta cierto punto, resulta ineficaz. La fragmentación, la segmentación y la autonomización de los gobiernos regionales exigen un fuerte liderazgo del ministro de Salud ante el Consejo Nacional de Salud como órgano de coordinación y articulación del Sistema Nacional de Salud.

La ausencia del liderazgo ha sido un error capital. La necesidad del trabajo intersectorial y transversal para combatir la pandemia de covid-19 ha permitido gobernar al presidente de la República a través de la salud. Por ejemplo, las prerrogativas constitucionales por problemas de afectación a la salud han sido estiradas hasta el límite. Cualquier área de la actividad

“

Por ejemplo, las prerrogativas constitucionales por problemas de afectación a la salud han sido estiradas hasta el límite. Cualquier área de la actividad económica, social y cultural tiene implicancias en la salud humana.

”

económica, social y cultural tiene implicancias en la salud humana. El Congreso de la República debe evaluar cada una de las acciones del gobierno para evitar la violación de los derechos constitucionales bajo el criterio de la afectación a la salud. Se debe realizar un test de proporcionalidad que relacione los derechos humanos involucrados para mantener el equilibrio e impida la afectación de unos derechos en desmedro de otros.

El presidente ha logrado la unidad nacional en torno a su liderazgo frente a la pandemia de covid-19.

Es el capital más importante. En ese sentido, el cambio ministerial debería aportar un profesional con experiencia, técnico y comunicador, hábil en la búsqueda de consensos, con una buena relación con el presidente y con sus administrados, y con una excelente relación con los medios de comunicación y con los políticos. Tarea difícil para el nuevo ministro que no solo necesita empatía con el jefe de Estado, sino también con los funcionarios intermedios del Minsa.

Algunos medios han resaltado el rol del nuevo ministro como tuitero polarizante e implacable. Su relación con Usaid implica afinidad para la continuación de la reforma de salud mercantilista del gobierno humalista, propiciada por los exministros Ugarte, Midori y Velásquez. Resulta imprescindible mirar el presente de la pandemia, pero también el futuro en el mediano y largo plazo del Sistema Nacional de Salud.

¹ Diario oficial El peruano. Normas Legales. Resolución Suprema 026-2020-PCM. 20 de marzo de 2020.

² Cuba Herberth. Elaboración del Modelo de Redes Integradas de Salud (RIS). Minsa. 2018. También: paho.org

La realidad y la comunicación de riesgos

A propósito de la pandemia de covid-19¹

El nuevo ministro ha inaugurado su gestión con reiteradas conferencias y entrevistas ante los medios de comunicación. Las declaraciones de las primeras 24 horas han generado una serie de comentarios y críticas, debido a la indefinición de algunos aspectos de la lucha contra la pandemia, que ya se arrastraban desde su antecesora. Las controversias aparecen porque es cada vez más difícil segmentar a los auditorios blanco (público objetivo) debido a la instantaneidad de las redes sociales y de los medios de comunicación. Esta es una pandemia que se aprecia, se conoce, se vive, se estudia y se combate en tiempo real y en simultáneo a nivel mundial.

El Ministerio de Salud (Minsa) en esta pandemia emite mensajes articulados a públicos-objetivo diferenciados. Unos mensajes están dirigidos al Consejo de Ministros y el jefe de Gobierno. En este nivel las comunicaciones son tecnopolíticas y proponen las grandes líneas de acción del Gobierno. Otros mensajes son dirigidos a los funcionarios y servidores de todo el aparato de Gobierno y de los sectores. Son comunicaciones técnico administrativas. Es la conversión de los grandes lineamientos políticos y técnicos, en normas, directivas y sistemas de gestión, a través del planeamiento, organización dirección y control, que se adapten a la realidad local para satisfacer las necesidades del ciudadano. Y otros mensajes están dirigidos a la población en general. El ciudadano debería recibir una mezcla óptima de comunicación articulada en su casa, en su zona y en su territorio que le permita satisfacer sus necesidades de salud, además de los aspectos que le conciernen en modo directo y de acuerdo con su realidad.

“

Esta es una pandemia que se aprecia, se conoce, se vive, se estudia y se combate en tiempo real y en simultáneo a nivel mundial.

”

La retroalimentación es el requisito indispensable para que el proceso mejore y se corrijan los errores. ¿Cuál es la novedad? Que los tres públicos objetivo tienen acceso al contenido y a la forma de la comunicación de los tres auditorios blanco, en modo simultáneo e instantáneo. Por ejemplo, una actividad que ofrece el presidente debe estar implementada a disposición del usuario. Las incoherencias, las fallas

y las indefiniciones, se vuelven evidentes y son fuente de controversia y conflicto. Algunas quedarán como anécdotas históricas inconvenientes en una pandemia.

Una muestra: la indefinición en el rol que se atribuye a los análisis de laboratorio en la pandemia de covid-19. Un modelo se basa en el rol central de los análisis de laboratorio. Implica la detección precoz y aislamiento del caso positivo, búsqueda de contactos y luego nuevas pruebas de laboratorio para los contactos y a los que resulten positivos; después se reinician las búsquedas a sus contactos, y así en modo sucesivo. En otro modelo, el rol de los análisis es accesorio. Los análisis de laboratorio solo se usan para los casos moderados y graves, para confirmar el diagnóstico. Los pacientes leves, los portadores sanos y la población en general quedan en aislamiento y cuidado en casa. Se detecta a un paciente positivo, y luego, sí algún miembro de la familia o del conglomerado humano en que se encuentra, enferma con los mismos síntomas, se infiere que todos son portadores del covid-19, sin necesidad de análisis de laboratorio.

Es obvio, que dependerá del modelo utilizado para seleccionar el tipo y calidad de los kits de análisis de laboratorio y la magnitud de la adquisición. Tanto la exministra saliente como el nuevo ministro han entrado en serias controversias comunicacionales en este aspecto. Los medios han dado cuenta de la controversia. El presidente y el ministro de Salud deberían explicar a la población y a los servidores del Sistema Nacional de Salud cuáles son las características del modelo que aplican y, en consecuencia, el rol de los análisis de laboratorio.

Otro ejemplo de indefinición es el rol que deben desempeñar cada uno de los niveles de atención de salud (institutos, hospitales, centros y puestos de

salud). ¿Cuál es el rol y qué nivel de participación debe tener cada uno de los 8 000 establecimientos de salud públicos? Además, ¿cuál sería el rol y en qué nivel de atención participaría el sector privado? Es necesario crear roles funcionales y de gestión para los establecimientos del primer nivel de atención de salud. Es necesario precisar su capacidad de respuesta en la fase 3 de propagación del virus; es decir, en la propagación comunitaria del virus. Los roles de los diversos establecimientos de salud deberían estar sujetos a las características del modelo de respuesta frente a la pandemia.

Además, existe indefinición frente al rol del aislamiento social; es decir, que sea solo para conglomerados de riesgo o para toda la población. En el mundo hay explicaciones para ambas propuestas. Sin embargo, la falta de definición y claridad conceptual por parte del Minsa cuando se optó por el distanciamiento social, el aislamiento social y la cuarentena hizo proclive la tendencia al desacato. Aún continúa el debate sobre el uso y la importancia de las mascarillas y los equipos personales de protección (EPP). La inacción del Minsa permitió un debate interminable; pero sobre todo impidió el abastecimiento oportuno y a precios razonables. Aunque parezca increíble, ese es el mayor reclamo de los servidores de la salud y de la población. La escasez de mascarillas y de los equipos de protección personal es real. El contexto que otorga un modelo permite al ciudadano comprender y sacrificarse. Es necesario que vislumbre el final del túnel.



Es obvio, que dependerá del modelo utilizado para seleccionar el tipo y calidad de los kits de análisis de laboratorio y la magnitud de la adquisición. Tanto la exministra saliente como el nuevo ministro han entrado en serias controversias comunicacionales en este aspecto.



¹ Cuba Herberth. cuba.pe. 2020

Covid-19, investigación científica y embarazo

La pandemia obliga a unir a todas las mentes brillantes¹

Al 29 de marzo de 2020, los pacientes que han ingresado a las unidades de cuidados intensivos son 40, de los cuales requieren ventilación mecánica 37. Debido a que existen, según versión oficial, 255 ventiladores mecánicos en las unidades de cuidados intensivos es necesario reflexionar y tomar nuevas e innovadoras acciones.

El efecto benéfico del aislamiento social obligatorio es fundamental, porque permite evitar el crecimiento exponencial de los casos y la saturación de los servicios de salud. Sin embargo, la realidad ha puesto en evidencia que la precariedad del Sistema Nacional de Salud es tal que, aún con los pocos casos que ocurren durante el aislamiento y distanciamiento social, es posible que la capacidad de respuesta sanitaria sea sobrepasada y se sature.

La precariedad se refleja en la escasez de profesionales médicos y la falta de bioseguridad personal (EPP) y colectiva. Falta de detección precoz masiva de los casos y déficits de kits de análisis y de laboratorios especializados, así como ausencia total en la mayoría de las regiones. Hay escasez de camas clínicas simples y de unidades de cuidados intensivos, de ventiladores mecánicos y personal especializado adscrito a estos servicios. Hay hospitales construidos que aún no funcionan por falta de personal, de recepción de la obra o trabajos inconclusos. También hay inconvenientes administrativos y déficits logísticos para el traslado de los pacientes por medios terrestre, pluvial y aéreo (ambulancias). Existe inadecuación del rol del Primer Nivel de Atención (centros y puestos de salud) y de la Atención Primaria de Salud en la fase de la propagación comunitaria del covid-19, así como del rol de

“

El tiempo que otorga el aislamiento social obligatorio sirve para fortalecer la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud, pero es insostenible en el tiempo.

”

los hospitales generales e institutos especializados, entre otros.

El tiempo que otorga el aislamiento social obligatorio sirve para fortalecer la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud, pero es insostenible en el tiempo. Es un medio, no un fin en sí mismo; además el gasto de mantener el aislamiento no debería perjudicar la solución de la precariedad del sistema de salud.

El Perú tiene un enorme potencial en investigación, ciencia y desarrollo que debe ser convocado. La pandemia obliga a unir a todas las mentes brillantes, del sector privado, de los centros de investigaciones de la Marina, de la Fuerza Aérea, del Ejército, del Concytec, del Ministerio de Salud (Minsa), de las universidades, de los centros de investigación no gubernamentales e investigadores individuales, entre otros. Y como es natural, hay que invertir. El objetivo es crear prototipos adecuados para nuestro país, abreviar el trabajo burocrático y priorizar los ensayos clínicos y los estudios de pares. No se debería limitar los recursos.

Es necesario permitir que los médicos trabajen en modo adicional a su jornada laboral, horas o turnos complementarios, en su propio establecimiento o en otra institución del Estado, sin que esa práctica implique la ilegalidad de la doble remuneración. El Congreso de la República tiene pendiente de segunda votación el Proyecto de Ley N.º 1241/2016-CR², de servicios complementarios, que resuelve esa necesidad. En el momento en que se gestó y aprobó, ese proyecto de ley era imprescindible por la escasez de médicos; ahora, en plena pandemia, lo es aún más.

Un componente esencial para la colaboración y participación amplia de la ciudadanía, de los académicos y de los hombres de ciencia es la información. La data que se produce debe estar accesible a diario. Evitar retrasos en la información en línea, tanto de las oficinas de epidemiología de cada uno de los establecimientos de salud como de la Dirección General de Epidemiología del Minsa. Información diaria y semanal, procesada, en línea y accesible. La coherencia y la veracidad de la información son claves. Los anuncios deben reflejarse en la realidad.

En la presente pandemia es fundamental comprender el rol transmisor que poseen los servidores de salud. El uso de los Equipos de Protección Personal evita que se contagien los médicos y profesionales de salud, que son escasos e irremplazables. Además impide que los servidores de salud y los establecimientos donde trabajan contagien a los ciudadanos. El Gobierno debería otorgar un sueldo adicional mensual a los médicos y servidores de salud mientras dure la pandemia, con la finalidad de adecuar sus viviendas o alquilar otras, para aislarse de su propia familia, para evitar el contagio intrafamiliar. El ejemplo de China es ilustrativo al respecto.



Un componente esencial para la colaboración y participación amplia de la ciudadanía, de los académicos y de los hombres de ciencia es la información. La data que se produce debe estar accesible a diario.



La incidencia de la pandemia en las mujeres embarazadas no difiere de la población general; sin embargo, existe incertidumbre sobre las características de la transmisión y el comportamiento en la gestante, en el feto y en el recién nacido. Es necesario aplicar el principio de precaución; en consecuencia, las gestantes deberían ser tratadas como un grupo vulnerable. Esto implica reforzar los establecimientos de salud materno-infantiles con las medidas de protección personal, tanto para los médicos y demás profesionales y servidores de la salud como para las pacientes gestantes, parturientas, púerperas y recién nacidos. Essalud debe corregir la mala decisión de desalojar del Hospital Rebagliati a las embarazadas y, por el contrario, debería fortalecer el área materno-infantil de alto riesgo. Las hemorragias, las infecciones y la presión alta (eclampsia) son las principales causas la mortalidad materna. No agreguemos una más con el covid-19.

¹ Cuba Herberth. Asociación Médica Peruana. amp.pe. Marzo de 2020.

² Congreso de la República. Proyecto de Ley 1241/2016-CR.

Comando contra la pandemia, 25 días después

Se ha dejado de lado al Sistema Nacional de Salud

A 25 días del primer caso de covid-19, el gobierno ha creado el Comando de Operaciones para “implementar, ejecutar, controlar y evaluar el proceso de atención a nivel nacional de los casos de covid-19”, dependiente del Ministerio de Salud (RM N.º 155-2020-Minsa)¹. El 12 de marzo, a seis días del primer caso de covid-19, se creó la “Comisión Multisectorial de Alto Nivel que conduzca las labores de coordinación y articulación orientadas a la prevención, protección y control del covid-19”, dependiente de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM), mediante la RM N.º 083-2020-PCM)². La prensa ha celebrado, en ambos casos, con grandes titulares.

La esperanza ante la pandemia es que ambas “comisiones” tengan buenos resultados. Sin embargo, la congruencia entre ambas parece no haberse meditado. Tampoco la pertinencia en el tiempo porque, como es lógico, apenas ocurrió el primer caso debió haberse creado “un comando”, porque esa es la forma de enfrentar a las epidemias. La resolución que crea el “Comando de operaciones”, no alude a la Comisión Multisectorial; parece que busca unificar solo las funciones operativas (implementar, ejecutar, controlar y evaluar el proceso de atención), con prescindencia de las decisiones políticas y de planificación estratégica, aunque la enumeración de sus funciones sobrepase esas limitaciones.

Un segundo aspecto, es que la forma en que funcionaría el Comando rompe la unidad y la cadena de mando, esenciales en una pandemia. No parece posible, por ejemplo, que el gerente de operaciones de Essalud, exministro Óscar Ugarte, asuma acuerdos y acciones a nombre de Essalud, al margen

“

Un segundo aspecto, es que la forma en que funcionaría el Comando rompe la unidad y la cadena de mando, esenciales en una pandemia.

”

de la presidente Ejecutiva. Esa anomalía se reiterará en cada una de las instituciones que acreditan representantes en el Comando. Es natural que las decisiones que se tendrían que tomar sean autorizadas por cada una de las máximas autoridades de las instituciones.

El riesgo es que, al margen de la legislación vigente y contrario al sentido común, el Comando de

Operaciones reemplace las funciones de provisión de servicios de cada una de las instituciones, una especie de Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), de triste recordación en el Minsa. No parece raro, en ese contexto, la presencia del exministro Óscar Ugarte, por su antecedente como impulsor de esa desactivada burocracia prestacional. Además, el dinero y los recursos que utilizará el Comando de Operaciones continuarán a cargo de cada una de las instituciones integrantes. Es decir, la negociación para el manejo económico será ardua. Las decisiones implicarán gastos directos e indirectos, que afectará a las instituciones que forman parte del Comando.

Es necesario recordar el Decreto de Urgencia N.º 006-2017, durante la emergencia del norte del país, que articuló “la prestación de servicios de salud de manera conjunta entre las instituciones públicas pertenecientes a las redes del Minsa, de los gobiernos regionales, de Essalud, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú”, con gran impacto. Como era obvio, el liderazgo recayó en el Minsa. Sin embargo, las controversias posteriores por los reembolsos fueron tediosas y prolongadas. El Comando de Operaciones deberá sortear una serie de obstáculos políticos, normativos, financieros y burocráticos, para desempeñar sus funciones. Cualquier similitud con la Comisión Multisectorial de la PCM, no sería coincidencia.

Sin embargo, las herramientas normativas, organizativas y ejecutoras vigentes para luchar contra la epidemia son poderosas y guardan coherencia con el flujo de los dineros públicos. La Ley N.º 27813 modificada con el DL N.º 1239, del Sistema Nacional de Salud, cuyo Consejo Nacional de Salud esta constituido por los diversos sectores que realizan acciones de salud y a través de sus más altos representantes: Minsa, Viceministerio de Saneamiento del Ministerio de Vivienda Construcción y Saneamiento, Essalud, Asociación de Municipalidades del Perú (AMPE), Sanidades de las

Fuerzas Armadas y Policía Nacional, Instituto Nacional Penitenciario (INPE), Servicios de salud del sector privado, Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (Sunedu), Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y organizaciones sociales de la comunidad.

Además, al amparo de la Ley N.º 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE), según el artículo 44, “los sistemas están a cargo de un ente rector que se constituye en su autoridad técnico-normativa a nivel nacional; dicta las normas y establece los procedimientos relacionados con su ámbito; coordina su operación técnica y es responsable de su correcto funcionamiento”. Es decir, el ministro de Salud preside el Consejo Nacional de Salud y el Sistema Nacional de Salud. Además, la Ley N.º 30895 señala que el Minsa ejerce la función rectora de todo el sistema de Salud y le otorga potestad sancionadora y, en modo explícito, señala con nombre propio a las instituciones bajo alcance de su rectoría. Sin embargo, las resoluciones ministeriales, que crean la Comisión Multisectorial de la PCM y al Comando Operativo del Minsa, han dejado de lado al Sistema Nacional de Salud y han convocado solo a una parte de los miembros del Consejo Nacional de Salud.

A pesar de haber transcurrido 25 días y contar con 1 414 casos, 55 muertos y 51 pacientes en unidades de cuidados intensivos, es imprescindible poner en funciones al Consejo Nacional de Salud para aprovechar todo el potencial nacional y la participación social. ¡Nunca es tarde!

“

Sin embargo, las resoluciones ministeriales, que crean la Comisión Multisectorial de la PCM y al Comando Operativo del Minsa, han dejado de lado al Sistema Nacional de Salud y han convocado solo a una parte de los miembros del Consejo Nacional de Salud.

”

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 1 de abril de 2020.

² Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 12 de marzo de 2020.

Enfoques hospitalario y comunitario en el covid-19

Se ha pasado por alto el enfoque comunitario de la medicina preventiva¹

Luego de otorgar a las personas más pobres en modo directo 760 soles y ayudarlas con alimentos a través de los municipios, el Gobierno ha destinado, mediante un decreto legislativo, 30 000 millones de soles a las empresas para mitigar los efectos del covid-19, para evitar el desempleo e impedir que se rompa la cadena de pagos en el mercado. Por lo pronto no hay medida económica similar en favor del sector Salud. Si solo se asignara el 10% de lo que se ha concedido a las empresas privadas, estaríamos frente a 3 000 millones de soles que serían de gran utilidad para evitar el contagio masivo del covid-19; pero también contribuiríamos a la lucha contra las otras epidemias o endemias que existen en nuestro país. En la propagación del virus en esta pandemia se cumple la analogía del “detonante y la explosión”. El detonante han sido los distritos pudientes y mesocráticos, mientras que la explosión ocurrirá en los distritos más pobres. El aislamiento social debe impedir esa explosión. El comportamiento de los informales solo será apreciado cuando la difusión del virus sea masiva en los sectores populares.

El enfoque del Gobierno para enfrentar la epidemia es hospitalario. Esta centrado en las unidades de cuidados intensivos con ventiladores, en el número de muertos y en el aislamiento y distanciamiento social. Se ha pasado por el alto el enfoque comunitario, de la medicina preventiva, de los determinantes económicos, sociales y culturales y de la Atención Primaria de Salud. En consecuencia, no se ha priorizado la detección precoz y la búsqueda activa del virus y no se han organizado los cuidados médicos y de salud en los lugares de aislamiento.

La falta de recursos tecnológicos, equipamiento e insumos necesarios para la pandemia se debe a la respuesta tardía del Gobierno. Se ha pretendido paliar con la compra apresurada en el mercado mundial; sin mucho éxito, debido a la alta demanda. La escasez ha obligado al Gobierno a priorizar el uso de los pocos recursos para la parte final de la enfermedad; es decir, en el nivel de las unidades de cuidados intensivos de los hospitales de alta complejidad y ha dejado de lado el enfoque comunitario. Como se puede constatar, el sistema hospitalario está ya al borde del colapso. El sector privado refuerza la atención hospitalaria de los pacientes. No hay búsqueda activa del virus. El enfermo sigue el flujo que le permita el gasto de su bolsillo, o el circuito establecido por la compañía aseguradora o por los sistemas prepagados en general.

Mientras tanto, el enfoque comunitario se centra en la detección precoz, el aislamiento de los casos detectados en sus conglomerados poblacionales y el refuerzo, de ser el caso, del aislamiento social obligatorio. Además, favorece la relación con los pacientes, con el cuidado y con los equipos de protección personal en todos los 8 000 establecimientos de salud. Provee las tomas masivas de muestras de detección precoz del virus, así como el cuidado de los usuarios en sus domicilios. Es necesario asignar dinero para reforzar el primer nivel de atención de salud, es decir, para los centros y puestos de salud.

Contrariamente a lo que creen los funcionarios del Ministerio de Salud (Minsa) y del Gobierno, en la propagación comunitaria del covid-19, los pacientes y usuarios presentan síntomas, la mayoría de las veces confusos o leves, que obligan a los ciudadanos a acercarse a los centros de salud y a las postas más cercanas a sus domicilios. Es una oportunidad de oro para realizar la captación pasiva de nuevos casos a partir de un adecuado descarte; pero además es la brújula que orienta a los profesionales de la salud para la detección activa del virus en la población. Solo a partir de la activa búsqueda del virus, es posible organizar medidas de aislamiento y cuarentena, sea universal o por conglomerado. Es la verdadera inteligencia sanitaria. Hoy los funcionarios del Minsa están a ciegas.

Los funcionarios del Minsa se refieren a “incentivos” en modo inapropiado. Existe confusión entre los conceptos de necesidades para trabajar frente al concepto de incentivo. Brindar equipos de protección personal, reactivos de laboratorio, rediseño de la gestión y dinero para enfrentar retos nuevos a los rutinarios debido a la pandemia, no constituyen incentivos. Al contrario,

“

Si solo se asignara el 10 % de lo que se ha concedido a las empresas privadas, estaríamos frente a 3 000 millones de soles que serían de gran utilidad para evitar el contagio masivo del covid-19...

”

desincentiva y desmotiva presentar como incentivos aquello que constituye una necesidad para trabajar. Por ejemplo, el bono para la emergencia por el covid-19, de 720 soles, es un despropósito porque resulta insuficiente para tomar medidas de protección adicionales para evitar el contagio intradomiciliario del servidor. Además, se “benefician” solo los profesionales y servidores de los hospitales que trabajan en el área Covid-19, llamados en modo equivocado de “primera línea”. Se

excluye, en modo increíble, a otros servidores hospitalarios y sobre todo a los médicos de los centros y puestos de salud. Además, contrasta con el bono que se ha otorgado a los miembros de la Policía Nacional de 3 000 soles. Es necesario corregir este despropósito y otorgar una remuneración total mensual adicional durante la pandemia a todos a todos los servidores del sector Salud y además cumplir con la Escala Salarial pendiente.

¹ Cuba Herberth. Portal El Líder. ellider.pe Abril de 2020.

Pandemia de covid-19, ¿cuál es el plan?

Estrategias militares y policiales ocupan el lugar que debería tener la ciencia médica

El 8 de abril de 2020 falleció, víctima de la pandemia de covid-19, el médico Wayner Arnulfo Benites Cerna¹, que laboraba en el Centro de Salud Santa Rosa del distrito de San Juan de Lurigancho (en Lima Metropolitana). Su muerte ha conmocionado a la profesión médica. El Ministerio de Salud (Minsa) ha incurrido en riesgos “evitables” ante la pandemia. El médico tenía 65 años, era susceptible al virus; en consecuencia, debió estar aislado, fuera de su establecimiento de salud. Eso no ha ocurrido. Los equipos de protección personal son escasos y se han priorizado para los servicios del nivel hospitalario, en perjuicio del primer nivel de atención; es decir, de los centros y puestos de salud.

Además, con esto se demuestra la inconsistencia de la división realizada por el Minsa, entre establecimientos que solo atienden a pacientes con covid-19 y aquellos que no atienden a portadores del covid-19. Esa dicotomía entre covid-19 y no covid-19 ha sido una equivocación que, entre otros motivos, ya cobró al médico como víctima. Es necesario tomar en cuenta que los usuarios, que no saben su diagnóstico, por cualquier motivo, aunque sea leve, se dirigen al establecimiento de salud más cercano. Más aún cuando existe una falsa seguridad otorgada por el Minsa, en el sentido de que hay establecimientos de salud que no poseen pacientes con covid-19. Estos errores se deben corregir en el más breve plazo.

La respuesta institucional del Minsa ante la desgracia ha sido que “se compromete a brindar el soporte emocional a la familia de nuestro héroe de la salud, que ofrendó su vida en salvaguarda de la población”². El ministro

de Salud ha señalado: “Lamento profundamente la pérdida de un miembro de nuestro equipo de salud. Este evento no hace sino generar un mayor compromiso con el cuidado de nuestros cuidadores; de su seguridad, bienestar y condiciones laborales”. Es insuficiente. El Gobierno debe asumir su responsabilidad como proveedor de los servicios de salud, como empleador y sobre todo porque ha expuesto al médico a riesgo. Corresponde resarcir e indemnizar, además de brindar los honores correspondientes.



El 8 de abril de 2020 falleció, víctima de la pandemia de covid-19, el médico Wayner Arnulfo Benites Cerna, que laboraba en el Centro de Salud Santa Rosa del distrito de San Juan de Lurigancho (en Lima Metropolitana).



El mundo enfrenta una pandemia, no una guerra. La analogía la usó el “Manual de prevención y tratamiento del covid-19”, del Hospital Adscrito a la Facultad de Medicina de la Universidad de Zhejiang, en su primer párrafo: “Esta es una guerra sin precedentes, en la que toda la humanidad se enfrenta a un mismo enemigo: el nuevo coronavirus. Y el primer campo de batalla es el hospital, donde nuestros soldados son el personal médico”, no debería ser entendido en modo literal. Además, el Manual se refiere al comportamiento hospitalario y no al plan general contra la pandemia del Gobierno chino. Las políticas, las intervenciones y las decisiones para enfrentar el covid-19 son peculiares, con fundamentos científicos y tecnológicos que requieren información relevante a través de la inteligencia sanitaria. El mismo Manual citado señala que “se trata de una enfermedad nueva, y China fue la primera en sufrir la pandemia. El aislamiento, el diagnóstico, el tratamiento, las medidas de protección y de rehabilitación se han desarrollado desde cero”. Y claro, ahora en el Perú esta analogía China con fines pedagógicos se ha transformado en la parte esencial de la lucha contra la pandemia. Y por tanto, las estrategias militares y policiales han ocupado el lugar que deberían tener las ciencias médicas y de salud.

La creación del Comando de Operaciones parecía resolver la desorganización del Gobierno, debida a la irrupción “sorpresiva” de la pandemia. Sin embargo, luego de escuchar a los altos funcionarios del Minsa y del Gobierno, parece que el Comando de Operaciones es en realidad un comando militar y su estrategia es político-militar. Bajo esa lógica, los médicos son soldados

“

Sin embargo, luego de escuchar a los altos funcionarios del Minsa y del Gobierno, parece que el Comando de Operaciones es en realidad un comando militar y su estrategia es político-militar.

”

movilizados, cuyas bajas serán consignadas en los partes militares; a los desertores y a los cobardes, se les aplicaría el código militar por traición a la patria. En ese sentido, el aislamiento obligatorio, las unidades de cuidados intensivos con respiradores, los crematorios, el tiempo de espera a que pase la pandemia y los “caídos”, multiplicados por la escasez de recursos, que se convertirán en héroes de la patria.

A pesar del Minsa y del Comando de Operaciones, los médicos

y servidores de salud deben apelar a la ciencia médica y de salud para recordar que ninguna epidemia se vence en los hospitales. Las epidemias se derrotan en la comunidad. Los hospitales se abarrotan debido al fracaso del trabajo comunitario. El aislamiento voluntario u obligatorio, personal o por conglomerado, es una forma de enfoque comunitario; pero no basta. Es imprescindible la inteligencia sanitaria. Es decir, hacer la búsqueda activa de los portadores sanos y enfermos para aislarlos y evitar más contagios, dar soporte al portador del virus para su curación y, si la evolución no es favorable, referirlos a los hospitales.

La búsqueda activa del portador del virus genera inteligencia sanitaria. Y esta, mayor eficacia en la búsqueda activa; así, en modo reiterado, hasta la victoria. Se requiere personal muy calificado, con rigurosas medidas de protección personal, y centros y puestos de salud equipados cercanos, para el relevo y la entrega de muestras idóneas de laboratorio. Y sobre todo, mucha rapidez.

El Gobierno debe hacer público el Plan Nacional de Salud contra la pandemia y el presupuesto adicional para implementarlo.

¹ Colegio Médico del Perú. Conoce a tu médico. cmp.org.pe. Abril de 2020.

² Diario El Comercio. abril de 2020.

Ensayos clínicos, mentes brillantes y la pandemia

La norma que regula los ensayos clínicos del covid-19

El día 12 de abril, aunque con retraso, se ha promulgado la norma que “establece medidas para asegurar el adecuado desarrollo de los ensayos clínicos de la enfermedad Covid-19”. La exigencia de los servidores de salud, de las universidades y sobre todo de la propia población parecía no ser escuchada. La creación del grupo de trabajo, dependiente del Minsa, para asesorar en “materia de innovación de tecnologías sanitarias” para el manejo de la pandemia, ha sido complementado con el Decreto Supremo N.º 014-2020-SA, con la finalidad de asegurar el “adecuado desarrollo de ensayos clínicos de la enfermedad Covid-19 en el marco de la emergencia sanitaria nacional”.

El ensayo clínico es la investigación o experimento médico que se realiza en seres humanos con la finalidad de obtener un producto o medicamento eficaz y seguro. Según el Reglamento de Ensayos Clínicos vigente (021-2017-SA)¹ se entiende por “ensayo clínico toda investigación que se efectúe en seres humanos para determinar o confirmar los efectos clínicos, farmacológicos y/o demás efectos farmacodinámicos; detectar las reacciones adversas; estudiar la absorción, distribución, metabolismo y eliminación de uno o varios productos en investigación, con el fin de determinar su eficacia y/o su seguridad”. Además, “los sujetos de investigación son asignados previamente al producto de investigación y la asignación está determinada por el protocolo de investigación”.

El mundo pende de los buenos resultados de las investigaciones o ensayos clínicos. Se espera medicamentos eficaces, seguros y, de ser el caso, baratos

para curar la enfermedad; pero también vacunas que la prevengan. Es imprescindible la cooperación internacional y sobre todo la colaboración de los investigadores a nivel mundial. En ese sentido el Decreto Supremo N.º 014-2020-SA fomenta “la realización de ensayos clínicos para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad Covid-19 y protege los derechos, bienestar y seguridad de los sujetos de investigación, cumpliendo la normativa internacional de ética en investigación”.

La norma es muy amplia, genérica y discrecional. Un aspecto razonable, debido a la urgencia de salvar vidas frente a la pandemia, aunque en salvaguarda, le otorga al Instituto Nacional de Salud la “aprobación de los procedimientos para la revisión ética; así como los procedimientos de autorización y supervisión de los ensayos clínicos de la enfermedad Covid-19”. A pesar de que en los considerandos del decreto supremo se alude a la Declaración de Helsinki, la parte resolutive no la menciona. Sin embargo, la declaración de Helsinki esta incluida en la Ley N.º 26842, Ley General de Salud; por tanto, su cumplimiento es obligatorio.

Además, el decreto supremo agrega que “la realización de los ensayos clínicos de la enfermedad Covid-19, en tanto dure la emergencia sanitaria nacional, debe cumplir con los estándares internacionales de ética en investigación y regirse por las disposiciones que establezca el Instituto Nacional de Salud”. Es decir, la declaración de Helsinki es de cumplimiento obligatorio, además de otras normas internacionales de ética, en tanto no la contradigan. Además, tampoco deroga o deja en suspenso el Reglamento de Ensayos Clínicos vigente (021-2017-SA), solo fomenta su realización.

Siempre es difícil un equilibrio entre las necesidades de la investigación científica y el respeto de los derechos humanos. Es necesario poner salvaguardas para la seguridad, dignidad y el bienestar de las personas que participan en el ensayo clínico; pero también, que los resultados que se obtengan sean fiables, coherentes, sólidos, útiles y además, accesibles para los ciudadanos que los necesiten. El espíritu científico de

“

El mundo pende de los buenos resultados de las investigaciones o ensayos clínicos. Se espera medicamentos eficaces, seguros y, de ser el caso, baratos para curar la enfermedad; pero también vacunas que la prevengan.

”

“

Es necesario desterrar la dicotomía entre los países desarrollados, que originan las moléculas o medicamentos, y los países pobres, que aportan los ciudadanos que serán sujetos de investigación.

”

los investigadores tiene que estar inspirado en la justicia.

La pandemia ha abierto un espacio a la solidaridad y al sacrificio para salvar vidas humanas. Ciudadanos que brindan, sin interés ni malicia, sus cuerpos para los ensayos clínicos y que no deben ser defraudados. Es necesario desterrar la dicotomía entre los países desarrollados, que originan las moléculas o medicamentos, y los países pobres, que aportan los ciudadanos que serán sujetos de investigación. Es decir, los científicos y los “cobayos”.

Es importante, para evitar esa

susplicia, que la población conozca los alcances de los ensayos clínicos, no solo en la parte que le toca al Perú, sino también a los otros países y la forma en que se beneficiará a nuestros pacientes y a la humanidad.

La promoción de la investigación científica implica la adhesión de la población, más allá de las emociones que origina la pandemia, a través de la tutela de sus derechos ciudadanos y humanos. Además, los ciudadanos deben saber que si alguien infringe la norma o abusa de sus derechos será sancionado. El Decreto Legislativo N.º 1161, modificado con la Ley N.º 30895 (de fortalecimiento de la rectoría del Minsa), da el marco legal para reforzar las medidas de seguridad, tipificación de las infracciones e imponer sanciones.

Es una buena noticia que nuestro país participe en el proceso para encontrar las medidas preventivas eficaces y la cura del covid-19. La calidad de nuestros profesionales solo esperaba esta oportunidad para asumir el reto. El Gobierno ha cumplido con promulgar el decreto supremo que promueve los ensayos clínicos; sin embargo, no basta. Nuestros profesionales de élite necesitan facilidades, apoyo y reconocimiento.

¹ Diario oficial El Peruano. Decreto Supremo N.º 021-2017-SA Reglamento de Ensayos clínicos. 28 de junio de 2017

El enfoque comunitario y Te Cuido Perú

El nuevo grupo multisectorial de trabajo liderado por el Mindef

A 39 días del primer caso de covid-19 en nuestro país, el Gobierno ha creado un nuevo grupo de trabajo de carácter multisectorial denominado Te Cuido Perú. Según el Decreto Supremo N.º 068-2020-PCM¹, promulgado el 14 de abril de 2020, este grupo está “liderado por el Ministerio de Defensa (Mindef), con el objetivo de brindar vigilancia y asistencia a las personas afectadas con el covid-19 y a las que habitan con ellas en sus domicilios, durante la fase de aislamiento social obligatorio. El grupo de trabajo contará con una plataforma digital encargada de la geolocalización de las personas y su entorno directo, así como de otros instrumentos o estructuras funcionales que permitan el seguimiento clínico, vigilancia, monitoreo, entre otras medidas”.

Esta es la tercera comisión que crea el Gobierno. La primera, a través de la RM N.º 083-2020-PCM, a cargo de la Presidencia del Consejo de Ministros, con la finalidad de coordinar y articular las acciones de prevención, protección y control de la pandemia. La creación de esta primera comisión fue la respuesta a la pérdida de liderazgo del Ministerio de Salud (Minsa) para articular con los otros ministerios y sectores de la sociedad. La exministra de salud no puso en funcionamiento al Consejo Nacional de Salud, que es el espacio natural para coordinar y articular las acciones de salud. El nuevo ministro retomó el liderazgo y la rectoría, mediante la RM N.º 155-2020-Minsa, creó el Comando de Operaciones para implementar, ejecutar, controlar y evaluar el proceso de atención a nivel nacional de los casos de covid-19. Sin embargo, las acciones se enfocaron en el nivel hospitalario, en las unidades de cuidados intensivos, y ha dejado de lado el trabajo comunitario. Un elemento indispensable en una pandemia, y que es realizado en el primer nivel de

atención; es decir, en los centros y puesto de salud.

El 14 de abril, el Gobierno creó un nuevo grupo de trabajo Te Cuido Perú, con la finalidad de enfocarse en el trabajo comunitario para enfrentar la pandemia. Es una nueva pérdida de liderazgo por parte del Minsa. La pérdida del liderazgo del Minsa es cubierta en modo inmediato por el sector Defensa y a través de grupos de trabajo. La conducción del trabajo comunitario debería estar a cargo del Minsa, y el Ejército, la Policía Nacional y el Serenazgo Municipal deberían ser el apoyo. Sin embargo, debido a la falta de visión del Minsa, ahora ha ocurrido al revés. El nuevo grupo de trabajo Te Cuido Perú a cargo del Mindef ha asumido el liderazgo.

“

El grupo de trabajo contará con una plataforma digital encargada de la geolocalización de las personas y su entorno directo...

”

El enfoque comunitario debería comprender a los 8 000 establecimientos de salud que existen en los tres niveles de Gobierno (nacional, regional y local). Implica el fortalecimiento no solo de la infraestructura, de los equipos, de insumos y de los medicamentos, sino, sobre todo, de recursos humanos. Durante la pandemia, las funciones de los establecimientos de salud del primer nivel de atención han sido casi desactivadas. Además, se han argüido una serie de mecanismos para disminuir las remuneraciones que reciben los servidores de salud.

Las remuneraciones de sector público (DL N.º 1153), se dividen en dos partes, el 65 % pensionable y afecto a las cargas sociales y un 35 % que son parte de bonos u otros incentivos, además de las guardias hospitalarias o comunitarias. Sin embargo, debido a la pandemia, este 35 % ha sido cuestionado por las autoridades del Minsa, por no considerarlo prioritario. Además, los profesionales, laboran en modo adicional al sector público, en otras dependencias privadas o en sus propios consultorios, pero debido a la pandemia han dejado de hacerlo. Es decir, sin práctica privada, sin la regularidad de los bonos y de las guardias, los ingresos de los profesionales de la salud han sufrido una gran merma.

El Gobierno ha otorgado un bono Covid de 720 soles solo para los servidores que el Minsa considera que están en contacto directo con el virus. Medida arbitraria, porque al haber pasado la pandemia a la fase comunitaria, todos los

“

El enfoque comunitario debería comprender a los 8,000 establecimientos de salud que existen en los tres niveles de Gobierno (nacional, regional y local).

”

establecimientos de salud atienden el covid-19, y los servidores están aún más expuestos por falta de detección del virus. Con el afán de no otorgar el bono en su totalidad, los funcionarios del Minsa crean “criterios” que deberían reunir los servidores que están en contacto directo con el virus, e incluso proponen que se divida el bono en partes proporcionales a esos criterios.

El Gobierno ha destinado casi 50 millones de soles para adquirir de las aseguradoras privadas un seguro personal de vida mientras dure la emergencia. El seguro de vida beneficia a los servidores de los regímenes del DL N.º 1153, DL N.º 1057 del Sistema Nacional de Salud. En vez de transferir 50 millones de soles a las aseguradoras privadas, se hubiese dotado en primer lugar de medidas extremas de bioseguridad y otorgado un sueldo adicional a los servidores de salud para que fortalezcan sus medidas de protección personal y de sus familias. Luego, como complemento, el seguro de vida. Es un tema de prioridades. No basta decir: si se mueren, sus familiares recibirán dinero.

Los servidores de salud han disminuido sus ingresos por decisiones incoherentes y a contracorriente del discurso presidencial. Evitemos la desertión laboral. Es necesario comprender el problema y corregir a tiempo

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 14 de abril de 2020.

El enfoque comunitario frente a la analogía del martillo

Es urgente cambiar de paradigma en la lucha contra el covid-19

La analogía del martillo utilizada por el gobierno para explicar la inmovilización social obligatoria y la cuarentena para enfrentar la pandemia de covid-19 ha causado pánico, debido a que nuestro país no olvida la rudeza de los “paquetazos económicos” del pasado. Además, resulta inconsistente su aplicación por las características peculiares de nuestra realidad, como la segmentación económica, el aislamiento geográfico de las poblaciones (en regiones, provincias y distritos), la diversidad de culturas y la informalidad, entre otras.

La segmentación económica es muy marcada. Los ciudadanos pudientes habitan en sus propios conglomerados distritales, ajenos a los distritos que albergan a los conglomerados poblacionales de las clases medias bajas y pobres. La relación entre estos segmentos poblacionales es poca, y las correas de transmisión se realizan casi solo para fines de la producción social de la gran urbe, en el caso de Lima. Eso, en menor escala, se reproduce en todo el país.

La extensión territorial y la diversidad geográfica han obligado a la población a afincarse y adecuarse en zonas ligadas a sus emprendimientos productivos, a pesar de que estos villorrios, caseríos o distritos se encuentren alejados unos de otros. En ese sentido, Lima Metropolitana no es un modelo para generalizar.

La riqueza de nuestra diversidad étnica y cultural plantea el requisito de la comprensión intercultural para las acciones de promoción, prevención,

curación y rehabilitación de los habitantes de cada uno de los 62 grupos étnicos que posee nuestro país. Además, las epidemias, debido a su presentación intempestiva y violenta, representan una amenaza para su propia sobrevivencia.

La población que vive en la informalidad —que bordea el 70 % en sus diversos grados y que es transversal a cada uno de los segmentos poblacionales, en las diversas zonas geográficas y en las diversas etnias— dificulta la implementación de políticas sociales uniformes debido a la incapacidad de estos ciudadanos de generar ahorro para el mediano y largo plazo. Además, la informalidad existe a través de la evasión inteligente de las políticas de Estado en modo conveniente y en su propio provecho.

El movimiento de la economía se ajusta a esta diversidad. Los mercados se asientan en la diversidad. Las empresas pequeñas, medianas y grandes adaptan sus necesidades productivas a los requerimientos del lugar donde producen. Los desajustes pueden generar conflictos que, luego de negociaciones, pueden prosperar o fracasar. Esa es la dinámica. Los empresarios que mejor comprenden la realidad local tienen mayor éxito.

Los grandes esfuerzos del Gobierno para implementar el aislamiento poblacional han sido encomiables, a pesar de la severa afectación de la economía nacional. Además, las precariedades del sistema sanitario y las características peculiares de nuestro país han hecho que el impacto de ese gran esfuerzo contra la pandemia no haya sido el esperado. Es necesario enmendar la política del martillazo. Corregir el error de promover el enfoque hospitalario, en detrimento del enfoque comunitario, y la acción vertical desde las altas esferas del gobierno.

El enfoque hospitalario ha sido un mecanismo reflejo y espontáneo debido a la precariedad de los hospitales, a la escasez de camas especializadas y ventiladores mecánicos. Como es conocido, la precariedad y la pobreza

“

La analogía del martillo utilizada por el gobierno para explicar la inmovilización social obligatoria y la cuarentena para enfrentar la pandemia de covid-19 ha causado pánico, debido a que nuestro país no olvida la rudeza de los “paquetazos económicos” del pasado.

”

“

El enfoque comunitario es la forma natural y viable de salir del aislamiento obligatorio y de la cuarentena que afecta a los peruanos.

”

empujan hacia la respuesta curativa inmediata y hospitalaria. Sin embargo, no basta para enfrentar la pandemia. Bajo la lógica del enfoque hospitalario, el aislamiento obligatorio con cuarentena debería continuar hasta encontrar un tratamiento eficaz, conseguir la “inmunidad de rebaño” y la vacuna contra el covid-19.

Ha sido un error no apelar a los propios ciudadanos para que, con el debido respeto de sus propios usos y costumbres, resuelvan las contingencias de la pandemia; sobre todo, en las medidas de promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Es decir, el trabajo en la comunidad, para la comunidad y con la comunidad. Los conocimientos de la ciencia y la tecnología aplicados en modo sencillo, con métodos asequibles y confiables, deberían tener un respeto irrestricto de sus usos y costumbres. El enfoque comunitario implica aquilatar y valorar los liderazgos comunales, locales y distritales. Lograr la participación de cada uno de los pobladores, a través de sus propias organizaciones, contra la pandemia. Dotar con equipos de protección personal, fortalecer los centros y puesto de salud del primer nivel de atención, proveer pruebas moleculares seguras y confiables para realizar la búsqueda activa del virus en la comunidad en los portadores sanos, en los enfermos leves y graves, y organizar aislamientos personales, familiares, comunitarios, por conglomerados poblacionales, entre otros.

Es incomprensible que la visión mercantilista haya dejado de lado la experiencia y los conocimientos en el trabajo comunitario de los servidores de salud en cada uno de los 8 000 establecimientos de salud adecuados a los usos y costumbres de los lugareños, en la totalidad de nuestros 1 874 distritos. Las epidemias, que en modo constante asuelan a las diversas regiones, son combatidas, a pesar de los escasos recursos, con el trabajo comunitario y con el soporte tecnológico y científico del nivel regional, nacional e internacional. El enfoque comunitario es la forma natural y viable de salir del aislamiento obligatorio y de la cuarentena que afecta a los peruanos. Es urgente cambiar de paradigma. No perdamos el tiempo.

Prórroga del aislamiento obligatorio y enfoque comunitario

Tres dilemas en la toma de decisiones contra la pandemia

El gobierno ha prorrogado hasta el 10 de mayo el aislamiento obligatorio y la cuarentena. No tenía otra opción, debido a que la estrategia del martillazo no ha dado los resultados esperados, a pesar de que la curva se ha aplanado, no ha impedido que los servicios de salud se saturen. Ha fallado la adecuación del sistema de salud frente a las demandas y necesidades de los pacientes. El gobierno priorizó, en modo equivocado, el enfoque hospitalario en la fase comunitaria de la propagación del virus. El aislamiento obligatorio y la cuarentena de la población no han ejecutado el enfoque comunitario como su complemento, con acciones preventivas en la comunidad mediante el trabajo articulado de los 8 000 centros y puestos de salud que existen en todo el territorio nacional.

El enfoque comunitario implica, entre otros aspectos, la búsqueda activa de los portadores del virus, sean sanos o enfermos, mediante enfoques de riesgo, en modo masivo y continuo, pero ha fallado el abastecimiento de pruebas de laboratorio. Además, debido a la escasez de radioactivos de laboratorio, de equipos de protección personal para los servidores de salud y de otros equipos, cada componente del Sistema Nacional de Salud, como la Sanidad de la Policía Nacional y otros, han organizado sus propias compras, con el consecuente desmembramiento del sistema. El reclamo de los miembros de la Policía Nacional ha obligado a que su alto mando se distancie de la burocracia del Ministerio de Salud (Minsa).

El gobierno enfrenta dilemas en la toma de decisiones contra la pandemia. El primer dilema, es continuar o no con el enfoque hospitalario mediante el

“

El gobierno priorizó, en modo equivocado, el enfoque hospitalario en la fase comunitaria de la propagación del virus.

”

sector privado, a través de convenios provechosos y con alta rentabilidad. En un mercado sanitario, como el nuestro, reducido y con casi nula competencia, la pandemia se presenta como una excelente oportunidad para el traspaso mercantilista al sector privado de dinero público. Sin embargo, no hacerlo podría acarrear críticas ante el incremento de las muertes. En la solución de esa disyuntiva se inscribe la promulgación del DL N.º 1466

de Intercambio Prestacional¹, con el objeto de eliminar la prohibición de contratar con el sector privado, vigente desde la promulgación del DL N.º 1302.

Como se recordará, durante el lustro humalista, a través de mecanismos contractuales de adquisiciones abreviados y directos, se permitió traspasar dineros públicos al sector privado que, debido –por ejemplo– al gran número de actos médicos, hizo engorrosa su auditoría, en detrimento de la transparencia. El sector privado, según normas, tenía prioridad en la cobranza. Además, surgieron controversias que se han transformado en litigios entre el Seguro Integral de Salud y algunos servicios privados. Pero lo más grave fue el endeudamiento con los hospitales y servicios de salud públicos, que no tenían prioridad en el pago como los privados. El endeudamiento del SIS frente a los servicios privados y públicos ascendió a 2 500 millones de soles. El Decreto Legislativo N.º 1302 puso candados para que esa mala práctica no se repita. Ahora han abierto el candado. Esperamos que no ocurra lo mismo.

El segundo dilema es crear comandos paralelos “de élite” para que se desplacen en la comunidad con el acompañamiento del Ejército, la Policía y el serenazgo, con prescindencia de los actuales servidores de salud del Primer Nivel de Atención de Salud. En esa línea de trabajo se han autorizado nuevos contratos temporales de personal, tipo CAS, y creación del grupo de trabajo Te Cuido Perú a cargo del Ministerio de Defensa. El objetivo es realizar el trabajo comunitario con nuevos servidores, con contratos precarios y sin capacidad de ejercer el libre discernimiento en las acciones dispuestas. Estas actividades combinan la geolocalización de los pacientes con el aislamiento focalizado de los portadores del covid-19. Sin embargo, pone

a prueba la complejidad del trabajo comunitario en salud. Se impone una mirada desprejuiciada de la experiencia comunitaria del Sector Salud.

El tercer dilema es el enfoque comunitario con el fortalecimiento de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, con la finalidad de aprovechar la experiencia de trabajo comunitario de su personal, pero, además, la ubicación y sectorización estratégica que posee cada uno de los 8 000 establecimientos de salud a nivel nacional. Hay que tomar en cuenta que todo el territorio nacional está sectorizado (por territorio y población) y la capacidad de respuesta sanitaria tiene alcance nacional.

Sin embargo, recordemos que durante el lustro humalista los funcionarios del Minsa priorizaron el enfoque hospitalario y el intercambio con el sector privado en detrimento del trabajo comunitario. Es decir, los centros y puestos de salud han perdido capacidad resolutive y aún no se han repuesto. La pandemia ha evidenciado ese retroceso. Es necesario aprovechar la geolocalización, la georreferenciación, el conocimiento mutuo entre la población con los servidores de salud de la zona, y el apoyo de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional y otros sectores. El enfoque comunitario es la única alternativa viable, consistente y perdurable en el tiempo. El covid-19 no será la última epidemia que azote a nuestro país. Invertir en el enfoque comunitario es resolver el presente con la mirada puesta en el futuro.

“

El endeudamiento del SIS frente a los servicios privados y públicos ascendió a 2 500 millones de soles. El Decreto Legislativo N.º 1302 puso candados para que esa mala práctica no se repita. Ahora han abierto el candado. Esperamos que no ocurra lo mismo.

”

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. 21 de abril de 2020.

La ideología contra el enfoque comunitario

Aunque es la única vía para salir del aislamiento social obligatorio

El 26 de abril de 2020, en conferencia de prensa desde Palacio de Gobierno, ante una pregunta de la prensa sobre las acciones adicionales del Gobierno frente al colapso de los hospitales, el presidente de la República reiteró lo mismo que ha propuesto desde el inicio de la pandemia; es decir, fortalecer los hospitales con más camas para hospitalización y para unidades de cuidados intensivos y además más ventiladores. El ministro de Salud acotó, en tono lacónico, que se apelará al Primer Nivel de Atención de salud para evitar la saturación de los hospitales. Esta frase demuestra la falta de sintonía con la realidad y, además, la creencia ciega en el enfoque hospitalario. Una vez más la ideología, la creencia, impide ver lo obvio e imposibilita la utilización del enfoque comunitario, que otorgaría nuevas herramientas para enfrentar la crisis.

Crear que los establecimientos de salud del primer nivel de atención solo son “anillos de contención” para evitar que los pacientes lleguen a los hospitales es trasladar el enfoque hospitalario a los centros de salud y puestos de salud. Es decir, convertirlos en pequeños hospitales para que resuelvan los problemas menores que aglomeran a los “verdaderos” hospitales. Esta equivocada creencia solo crea un embudo para atender a los enfermos, de tal manera que los leves y moderados se queden en “los pequeños hospitales” y solo los más graves accedan a los hospitales.

La mirada del Gobierno obvia en modo negligente a los portadores sanos y a los enfermos leves, y en consecuencia pierde la oportunidad de romper la cadena de contagios y transmisión del virus. Además, ha reiterado que no es necesario el diagnóstico con pruebas de laboratorio para luchar

“

Crear que los establecimientos de salud del primer nivel de atención solo son “anillos de contención” para evitar que los pacientes lleguen a los hospitales es trasladar el enfoque hospitalario a los centros de salud y puestos de salud.

”

contra la pandemia, como si la curación de los enfermos fuera la alternativa efectiva para enfrentar la pandemia. Como sabemos, para diagnosticar el covid-19, a estas alturas, ya no es necesario análisis de laboratorio, porque un buen examen clínico es suficiente. Eso sí, para el seguimiento y curación de la enfermedad se requiere también otros tipos de análisis.

Sin embargo, no se trata solo de tratamientos individuales que, como es natural, son la esencia del enfoque hospitalario, sino de medidas masivas de salud

pública para enfrentar la pandemia, a través de medidas de promoción de la salud y estilos de vida saludables, la prevención de los contagios y la detección precoz. La búsqueda activa del virus con enfoque de riesgo y con mecanismos como la sectorización (por territorio y población), la geolocalización y la georreferenciación permiten romper la cadena de transmisión de la pandemia. En el enfoque comunitario los análisis de laboratorio son necesarios e imprescindibles.

Es necesario comprender que cuando la enfermedad recién se inicia no da síntomas y el diagnóstico es difícil; pero cuando avanza y presenta síntomas, el diagnóstico es más fácil, pero deja secuelas tanto individuales como sociales. Es decir, es necesario atender a los sanos para ubicar a los portadores, con enfoque de riesgo y realizar la detección precoz que evite el contagio. Contrariamente a lo que cree el Gobierno, el foco de atención debe ser la comunidad y la masificación de los análisis de laboratorio. El enfoque comunitario implica disminuir el número de enfermos. El enfoque hospitalario busca recuperarlos y curarlos con éxito. Esta es la disyuntiva de las políticas de gobierno, entre la imagen objetivo de un país que no se enferma o la de país que se enferma, pero se cura bien. Dada la pobreza de nuestro sistema de salud, no hacemos bien lo primero ni lo segundo.

El 24 de abril de 2020 la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (Digiesp) del Minsa¹ ha remitido el Oficio Circular 282 a los directores generales de las direcciones de Redes Integradas de Salud

(Diris) de Lima Metropolitana, a las gerencias y directores gerencias regionales de salud, que tienen bajo su administración a todos los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención –es decir, a los centros y puestos de salud a nivel nacional– con la finalidad de reactivar la red de establecimientos del primer nivel de atención de salud y su articulación con los hospitales. Además de “ampliar o recuperar su capacidad resolutive y proceder activamente en la identificación de casos sospechosos, aplicar pruebas para confirmar, aislar y dar seguimiento a los positivos y contactos”, así como realizar visitas a los albergues y residencias donde encuentren niños y adolescentes y adultos mayores.



Es decir, es necesario atender a los sanos para ubicar a los portadores, con enfoque de riesgo y realizar la detección precoz que evite el contagio. Contrariamente a lo que cree el Gobierno, el foco de atención debe ser la comunidad y la masificación de los análisis de laboratorio.



Parece increíble que recién 44 días después de la presentación del primer caso de covid-19 por parte del presidente de la República, y luego de haberse declarado la alerta roja, el Gobierno ordene la reactivación y la recuperación de la red de establecimientos del Primer Nivel de Atención; es decir, de los 8 000 centros y puestos de salud que existen a nivel nacional. El tiempo restante hasta el 10 de mayo parece ser insuficiente para reactivar y recuperar el Primer Nivel de Atención de Salud e implementar el enfoque comunitario, que es la única vía para salir del aislamiento social obligatorio en modo progresivo, de acuerdo a la gestión de riesgos. Urge un plan financiado para reactivar y recuperar el Primer Nivel de Atención de Salud.

¹ Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas de Salud Pública. Oficio circular 282-2020. 24 de abril de 2020.

Ética, pandemia y conflicto por el número de cadáveres

Una violación flagrante de los derechos de los pacientes

El 20 de abril, mediante RM N.º 212-2020-Minsa¹, se ha conformado el Grupo de Trabajo Temporal, con la función de asesoría en aspectos bioéticos durante la pandemia de covid-19. La función es asesorar en materia de “abordaje bioético” para la toma de decisiones en los servicios de salud. Llama la atención que no se hayan creados grupos de trabajo de ética médica para resolver las dificultades del comportamiento de los servidores de salud de nuestro país.

La ética es el conjunto de normas o costumbres que rigen la conducta de una persona que es considerada buena. En cambio, la bioética es una corriente utilitarista dentro de la ética médica, que pasa el comportamiento humano por el tamiz del costo-beneficio y del costo-utilidad, dentro de la relación médico paciente y de la relación de las intervenciones gubernamentales en salud pública ante las colectividades y la sociedad.

La bioética es una corriente nueva que nace el año 1972 para afrontar el gasto de dinero en el mantenimiento con vida de personas que ya no serán útiles a la sociedad y a la familia. La vida humana ya no será el foco central de la atención de la ética, sino la relación económica que se deriva de la vida humana. Cobra relevancia la decisión “libre del propio paciente” o de sus familiares en relación a la utilidad de la vida y a su valoración en relación al costo-efectividad y al costo-beneficio. Ese es el sentido que tiene la creación del Grupo de Trabajo Temporal del Minsa.

La creación de este grupo es un indicador de los momentos difíciles en muertes que vivimos, y además evidencia las herramientas utilitaristas

“

En cambio, la bioética es una corriente utilitarista dentro de la ética médica, que pasa el comportamiento humano por el tamiz del costo-beneficio y del costo-utilidad, dentro de la relación médico paciente y de la relación de las intervenciones gubernamentales en salud pública ante las colectividades y la sociedad.

”

que usarían frente a la vida y a la decisión de muerte. Es decir, debido a la escasez y a las consideraciones sobre la “utilidad de la vida” de los pacientes, los profesionales de la salud y los familiares podrían atravesar momentos difíciles para tomar decisiones “contra la vida”. Sin embargo, en nuestro país, según el mandato constitucional, la vida es el primer principio, debajo del cual se entienden todos los demás principios del comportamiento humano, en concordancia con la ética médica hipocrática heredada hace 2 500 años, que considera al ser humano como un fin en sí mismo. Se advierte, entonces, que ese tipo de decisiones bioéticas tendrán serias colisiones e implicancias legales.

La exposición de los médicos a la toma de una decisión sobre a quién se retira el ventilador y se deja morir no es un escenario posible en nuestro país, a menos que los médicos se expongan a drásticas sanciones penales. La bioética sería inaplicable en nuestro país, debido a que no es posible legalmente negar el ingreso a un ventilador, así como tampoco retirarlo a voluntad del médico. Además, una sociedad tan desigual y de gran segmentación económica convierte al trato igualitario en una ilusión. Es decir, solo los pobres se van a disputar los respiradores. Además, la inequidad en la existencia de las unidades de cuidados intensivos en las clínicas privadas y en los hospitales públicos de Lima Metropolitana contrasta con la precariedad de las regiones, por ejemplo, Loreto, Lambayeque, Piura, entre otros. No es moral mantener en desventaja a las llamadas “cargas sociales” y que la pandemia solo sea el pretexto para “hacerlas desaparecer”.

La presente pandemia ha puesto en evidencia que la experimentación médica en las personas en modo individual está muy controlada. Sin embargo, la experimentación social, los ensayos sobre la sociedad a través de las políticas públicas y las intervenciones sanitarias en nombre de la medicina preventiva o de la salud pública no tienen ninguna regulación. Ahora, más que nunca,

es necesario que las decisiones en salud pública, en las intervenciones sanitarias, pasen por el tamiz de la ética.

La ausencia de racionalidad ética genera serios conflictos con los usos y costumbres de la sociedad. Por ejemplo, las decisiones equivocadas reiteradas en tres oportunidades que se han tomado en torno a los cadáveres, porque no se ha comprendido que la percepción de la muerte es cultural.

Es inaceptable que el Minsa aluda a recomendaciones extranjeras, para decidir qué hacer con los cadáveres; que se plantee la disyuntiva entre incinerar o inhumar, o si el diagnóstico de muerte por covid-19 lo coloca el médico tratante o el burócrata epidemiólogo del Minsa. Los funcionarios del Gobierno conocen las implicancias legales y culturales de contradecir el diagnóstico clínico y de muerte del médico tratante. La expresión de la ausencia de racionalidad ética y jurídica ha sido el conflicto mediático sobre el número de muertos por la pandemia de covid-19.

El Minsa ha ingresado a una insalvable contradicción. Por un lado, señala que el diagnóstico clínico del paciente es suficiente para iniciar el tratamiento para el covid-19; por otro lado, señala que el diagnóstico clínico no es suficiente para establecer la causa de muerte. Es obvio que existe una violación flagrante de los derechos de los pacientes, a través del menoscabo de la autonomía del médico y del ejercicio del discernimiento clínico del acto médico, que protege al paciente.

“

Por ejemplo, las decisiones equivocadas reiteradas en tres oportunidades que se han tomado en torno a los cadáveres, porque no se ha comprendido que la percepción de la muerte es cultural.

”

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Resolución Ministerial 212-2020-Minsa. 20 de abril de 2020.



Capítulo 5

Las víctimas de la pandemia y
del 'protocolo loco'.
La primera fase de la
reactivación económica

Acontecimientos entre el 4 de mayo
y el 1 de junio de 2020

Médicos héroes y muertes evitables

Las fases de la reactivación económica

La salida del aislamiento obligatorio y la cuarentena se centra en varios parámetros que, según el gobierno, deben ser evaluados por el Ministerio de Salud. Sin embargo, es necesario comprender que cuanto más estrictas son las medidas de aislamiento obligatorio y cuarentena, el número de muertes es menor porque se rompe la cadena de transmisión del virus. Pero los ciudadanos no desean ni soportan estar confinados por mucho tiempo; y en sentido contrario, la insuficiente preparación obliga a periodos más largos de confinamiento social, con implicancias negativas en la salud, la economía y la convivencia social. Una situación que presiona al Gobierno para la salida progresiva de los ciudadanos.

El aislamiento social y la cuarentena no han tenido el éxito esperado, porque las cifras de infectados, enfermos y muertos aumentan aún cada día, y las medidas de acatamiento social del confinamiento han sido rebasadas. Además, la salida del confinamiento progresivo y cauteloso debería ocurrir 14 días después de ocurrido el último caso de contagio. Es decir, luego de constatar que el virus ya no está. No es el caso del Perú.

La preparación para salir del confinamiento se realiza antes de decretarlo. Por un lado, con el fortalecimiento de los centros de atención médica y una fluida cadena de suministros de los recursos estratégicos; y por otro lado, con la preparación de la población en el enfoque comunitario. Eso implica organización social para realizar pruebas moleculares, pruebas rápidas, tomas de temperatura, rastreos de contactos, y aislamientos familiares, domiciliarios, barriales, distritales y provinciales, entre otros, con la participación de la

comunidad. Los recursos públicos son finitos, tanto en modo físico como en creatividad.

El Gobierno, en modo equivocado, ha ideado una estrategia contra la pandemia de covid-19 dividida en dos componentes: la estrategia social y la estrategia sanitaria. La estrategia social esta compuesta por el aislamiento, el distanciamiento social, el uso de mascarillas y el lavado de manos. Como es obvio, esas no son estrategias, sino actividades. Por otro lado, la estrategia sanitaria ha sido enfocada solo como una respuesta médica recuperativa, a través del Primer Nivel de Atención, del nivel hospitalario especializado y del recojo de cadáveres. Con el agravante de que las atenciones del Primer Nivel son realizadas por servidores contratados para trabajar al margen de los establecimientos de salud existentes en el Primer Nivel de Atención y especializados en Atención Primaria de Salud. Como se aprecia, la población esta ausente. Las organizaciones sociales, comunales, alcaldes, dirigentes barriales, de los mercados, de las Apafa, de las iglesias y muchos otros también están ausentes. La coerción que pregona el Gobierno para cumplir sus ordenes es insuficiente, si la propia población no asiente, colabora y es proactiva.

La vida social es más que solo economía, y en consecuencia lo que el Gobierno debería reactivar en modo progresivo es la vida social en su conjunto. Es grave que el Gobierno tome miles de pruebas “rápidas” serológicas, que detectan anticuerpos contra el virus de los ciudadanos y no nos informe el porcentaje de positivos a inmunoglobulina IgG neutralizante y que, corroboradas con pruebas moleculares, nos permitan conocer el porcentaje de la población que ya ha salido de la enfermedad. A ciegas, es muy complicado salir del confinamiento. Dadas las condiciones en que se encuentra nuestro país, la salida del aislamiento social obligatorio cobrará víctimas, a pesar de lo cuidadoso y progresivo de la implementación. El enfoque comunitario aún podría mitigar esas malas consecuencias.

Por ejemplo: las autoridades de Essalud han causado profunda consternación al comunicar que el 3 de mayo de 2020 han fallecido dos médicos en la ciudad de Iquitos: Rafael García Dávila y Raúl Argumedo Castillo, neumólogo

“

La vida social es más que solo economía, y en consecuencia lo que el Gobierno debería reactivar en modo progresivo es la vida social en su conjunto.

”

y psiquiatra, respectivamente, a causa del covid-19. Sin embargo, la denuncia más grave es la falta de balones de oxígeno. El tema de fondo es cómo es posible que se preparen los centros de atención médica sin contar con dotaciones de oxígeno, medicamentos, unidades de cuidados intensivos y ventiladores mecánicos, a sabiendas de que el cuello de botella más importante es el balón de oxígeno. Según los medios de prensa, en Iquitos hay un solo proveedor de oxígeno. Además el transporte aéreo de balones de oxígeno de Lima a Iquitos está prohibido por temas de seguridad aérea, y el transporte terrestre desde Lima o desde otras regiones es imposible debido a que no hay carreteras. El traslado por río toma varios días. El aislamiento de Iquitos frente al resto del país es conocido. La gestión sanitaria debería haber solucionado con márgenes de seguridad óptimos.

“

Es necesario iniciar en el más breve plazo una investigación exhaustiva, con la finalidad de aplicar sanciones drásticas y reparaciones e indemnizaciones a los familiares de los héroes médicos.

”

Es obvio que debió ponerse en funcionamiento a tiempo la planta de oxígeno del Hospital Regional de Iquitos, sin escatimar recursos. Tremenda negligencia administrativa del Gobierno, del director regional de salud y del Comando de Operaciones Covid-19. Es necesario iniciar en el más breve plazo una investigación exhaustiva, con la finalidad de aplicar sanciones drásticas y reparaciones e indemnizaciones a los familiares de los héroes médicos. El seguro de vida que acaba de asignar el Gobierno no

resarcir la muerte ni servirá para encubrir las negligencias de las autoridades.

La negligencia y la indolencia que ocasionaron las muertes evitables de los médicos son un “martillazo” contra el Gobierno y las autoridades.

El covid-19 y la gestión de Essalud

Bono Covid, contrato de médicos extranjeros y otros problemas

El día 28 de abril de 2020 se presentaron el presidente del Consejo de Ministros, el ministro de Salud y la presidente ejecutiva de Essalud ante la sesión conjunta de tres comisiones del Congreso de la República. La exposición de la presidente ejecutiva ha dejado una serie inquietudes sin respuesta y ha generado malestar en algunos congresistas, al punto que han pedido su renuncia.

Por ejemplo, en cuanto al Bono Covid, que se paga por la pandemia al personal que brinda atención directa en las unidades de cuidados intensivos, en las visitas domiciliarias, en los puertos y aeropuertos y en el transporte aéreo; sin embargo, excluye a todos los demás servidores que laboran en los hospitales. Y debido a que a estas alturas de la pandemia es muy difícil saber qué paciente es un enfermo con covid-19 y qué paciente es sano, el bono se ha transformado en arbitrario, por la ausencia de sustento técnico y, además, porque profundiza la injusticia.

Es necesario recordar que el primer médico fallecido como consecuencia del covid-19 laboraba en un establecimiento de salud del primer nivel de atención. La respuesta de la presidente ejecutiva ha sido que ella se guía por el Decreto de Urgencia N.º 026-2020. Pero como es obvio, la promulgación de ese bono ha sido a propuesta de Essalud.

Otro tema polémico ha sido la contratación como locadores de servicios –es decir, como terceros– a trabajadores para atender la pandemia. Ellos cuando se enfermen no contarán con seguridad social. Además, existe una



Otro tema polémico ha sido la contratación como locadores de servicios –es decir, como terceros– a trabajadores para atender la pandemia. Ellos no contarán con seguridad social.



ley que pasa a los trabajadores CAS al régimen laboral 728; es decir, que a pesar de que existe una ley para formalizar a los trabajadores de salud se persiste en contratos.

El cuestionamiento sobre la contratación de profesionales y servidores extranjeros con la finalidad de que cumplan las necesidades de salud que tiene la institución no ha sido absuelto. Se exige menos requisitos que a los peruanos. Los médicos peruanos son sometidos al Examen Nacional de Medicina (ENAM) que permite conocer la suficiencia e idoneidad

profesional; además cumplen el Servicio Rural Urbano Marginal en Salud (Serums) y acreditan dos años de experiencia. La presidente ejecutiva de Essalud ha presentado el requisito de colegiación profesional como si fuera un mero trámite administrativo, y no el resultado final de una evaluación sistemática del profesional, sea peruano o extranjero. En consecuencia, ha creado desigualdad de trato entre extranjeros y nacionales, con clara violación constitucional. El resultado es que los profesionales extranjeros no demuestran el conocimiento de la realidad sanitaria de nuestro país y exponen a riesgo innecesario a nuestra población. La respuesta a esta preocupación por parte de los congresistas ha sido de cuatro palabras “ahora ya tienen colegiación”. Sí. Nada más sobre el punto.

Además, ha señalado que la brecha de profesionales médicos producida por aquellos que se encuentran en retiro a domicilio, debido a que son mayores de 60 o presentan alguna comorbilidad, es de 2 623 médicos. Pero solo ha contratado 928. Se mantiene la brecha, pero no se ha dado facilidades para la contratación de profesionales peruanos, tal como ha hecho con los extranjeros. La respuesta aquí también ha sido insatisfactoria. Hay que tener en cuenta, que antes de la pandemia, Essalud presentaba una brecha de más de 6 000 médicos. Es decir, lejos de aumentar los actos médicos que la población necesita, los ha reducido.

Como sabemos, por las resoluciones N.º 071-2020 y 081-2020 del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo se ha transferido, de la Reserva de

Contingencia del Ministerio de Economía y Finanzas, 56 millones de soles a Essalud, para financiar la habilitación, implementación, adecuación y operación de la Villa Panamericana; con la obligación de informar durante un máximo 15 días hábiles posteriores a la puesta en operación respecto a las actividades dispuestas al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo. Sin embargo, a pesar del tiempo transcurrido, no ha presentado un resumen de este ante la petición de los congresistas. Además, solo ha afirmado que aún tiene presupuesto “comprometido”, debido a las dificultades propias de la pandemia.

“

El cuestionamiento sobre la contratación de profesionales y servidores extranjeros con la finalidad de que cumplan las necesidades de salud que tiene la institución no ha sido absuelto.

”

Durante la exposición se refirió a lo que llamó la “gestión prestacional” a través de la gestión clínica de cada uno de los pacientes leves, moderados y severos. Por ejemplo, los casos leves, son mantenidos en sus domicilios, con seguimiento telefónico, monitoreo virtual y visita domiciliaria, de ser el caso; y si la evolución es negativa, se hospitaliza en la Villa Panamericana. Los casos moderados y severos, como es obvio, requieren hospitalización. Además, según la propia versión de Essalud, esa organización prestacional corresponde a lo normado por la Resolución Ministerial 139-2020-Minsa que aprueba el documento técnico Prevención y Atención de Personas Afectadas por Covid-19 en el Perú. Sin embargo, no ha presentado el estado situacional de la Atención Primaria de Essalud. Es decir, ha omitido en la gestión de Essalud el componente comunitario, la Atención Primaria de Salud, el fortalecimiento de las UBAP, Padomi, el Programa Nacional de los asegurados de las empresas, a los Círculos y Centros del Adulto Mayor, a los Centros de Rehabilitación Profesional, entre otros.

Essalud debe enmendar el rumbo. Ahora más que nunca el país lo necesita.

Las correcciones del presidente y el enfoque comunitario

La única salida para el aislamiento social obligatorio

En la conferencia de prensa del 13 de mayo de 2020, el presidente de la República ha señalado que a partir de esta semana todos los establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención entrarán en funcionamiento. Además explicó que apenas empezó la pandemia en el mes de marzo, todos los establecimientos del Primer Nivel de Atención (centros y puestos de salud) fueron cerrados y sus servidores enviados a sus domicilios. Esta aseveración es falsa, porque sí han funcionado, aunque en modo parcial, con enormes carencias y con grave exposición al peligro de los servidores de salud. Pero confirma que el enfoque comunitario ha estado excluido de la percepción del presidente. Es una corrección importante y necesaria, pero tardía.

La segunda corrección que ha realizado el presidente está en relación con el tratamiento precoz de los afectados y contrasta con las decisiones tomadas por el Ministerio de Salud, que recomienda que los pacientes leves o moderados se queden en sus casas, con algunas indicaciones, para no colapsar los hospitales. Esta corrección es muy importante debido a que cambia la acción pasiva que tiene el enfoque hospitalario, frente a la acción activa que tiene el enfoque comunitario. Además, el presidente se ha referido en varios pasajes de la conferencia a la importancia de cortar la transmisión del virus en la comunidad; y a la necesidad de coordinar con las autoridades locales y con otros sectores para evitar la transmisión del virus donde se aglutina la gente, como los mercados, los paraderos y el transporte público.

La tercera corrección del presidente ha sido en relación con la ruta que deben seguir los usuarios o pacientes para enfrentar el covid-19 durante la

pandemia. Es decir, ha señalado que deben acudir a los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención, debido a que la mayoría de los casos se pueden resolver en ese nivel de atención. Es un avance que el presidente se haya percatado, por la práctica, de que no es posible descuidar el Primer Nivel de Atención durante una pandemia; sin embargo, la comprensión cabal del rol de este nivel de atención aún es incompleto.

La mayoría de las acciones que ha planteado el presidente, no obstante, refuerzan el enfoque hospitalario; es decir, se dedica a enfrentar las consecuencias del descuido del trabajo comunitario. Como sabemos, una parte de la tarea para romper la cadena de transmisión del virus le corresponde a la propia población, a través de conductas apropiadas, del distanciamiento social, del uso de la mascarilla, del lavado de manos, entre otros. Pero la otra parte le corresponde al Gobierno, a través del fortalecimiento del Primer Nivel de Atención. Es decir, de los puestos y centros de salud y su articulación con las organizaciones comunales, locales y distritales, con las autoridades gubernamentales de los diversos sectores, con la sociedad civil, con los empresarios, comerciantes, mercados, trabajadores, informales, entre otros. Además, la vigilancia epidemiológica es útil para los profesionales de la salud que atienden directamente la enfermedad, porque sigue la ruta del virus y de la enfermedad en la comunidad, en la población. Pero es inútil si no es entendida como una parte de la vigilancia sanitaria. La lucha contra la pandemia requiere de inteligencia y vigilancia sanitaria en manos de expertos en salud pública y gestión sanitaria.

El enfoque comunitario tiene dos componentes. Por un lado, la red de establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención en cada distrito, en cada localidad, en cada comunidad; y por otro lado, la organización comunitaria. Estos dos componentes debidamente articulados permiten que la propia comunidad indique a los funcionarios de los establecimientos del Primer Nivel de Salud qué hacer, dónde hacer, qué necesidades existen y cuál es el impacto de la pandemia, no solo en la familia, en el barrio y en la comunidad, sino también en el distrito. Además, permite el adecuado mecanismo de

“

Además explicó que apenas empezó la pandemia en el mes de marzo, todos los establecimientos del Primer Nivel de Atención (centros y puestos de salud) fueron cerrados y sus servidores enviados a sus domicilios.

”

“

La experiencia comunitaria en nuestro país es muy rica, además es el fundamento para el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). Sin embargo, la política pública de las RIS ha sido abandonada, a pesar de que existe compromisos de cooperación internacional por 350 millones de dólares.

”

vigilancia sanitaria sobre la base de la inteligencia sanitaria y la toma de decisiones eficaces y eficientes. La experiencia comunitaria en nuestro país es muy rica, además es el fundamento para el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). Sin embargo, la política pública de las RIS ha sido abandonada, a pesar de que existe compromisos de cooperación internacional por 350 millones de dólares.

Los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención han sido invisibles. El gobierno ha desperdiciado el tiempo y no ha asegurado la logística y el suministro, como las pruebas de diagnóstico, las mascarillas, los equipos de protección personal

integrales, los balones de oxígeno, las ambulancias, los ambientes de reposo, adecuación de la infraestructura, las condiciones laborales de los médicos y demás profesionales de salud. Desde diciembre del año 2018, aún no han sido capaces de reglamentar y poner en funcionamiento las RIS. Ahora el presidente busca auxilio en el Primer Nivel de Atención, en los Centros y Puestos de Salud, de la Atención Primaria y de la medicina preventiva. Se ha dado cuenta de que es la única salida para el aislamiento social obligatorio. Urge recuperar el tiempo perdido para salvar vidas.

La nueva reforma de Salud como hecho consumado

El cuestionado modelo humalista

El 10 de mayo de 2020 el Gobierno ha promulgado el Decreto Legislativo N.º 1504 “que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de enfermedades”¹. Un título que esconde la parte más importante de la norma, porque legisla, además, sobre la rectoría del Ministerio de Salud, cambia su estructura orgánica, deroga la Ley N.º 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, y reforma el Sistema Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Salud. Es decir, sin mayor debate, bajo el paraguas de la emergencia sanitaria, el Gobierno ha realizado una nueva reforma de salud.

El Gobierno, para enfrentar la pandemia, no ha utilizado al Consejo Nacional de Salud ni tampoco a la estructura organizacional correspondiente. Ha creado, en su reemplazo, el Comando de Operaciones Covid-19 y el programa Te Cuido Perú de naturaleza temporal, pero que han sido transformados en referentes permanentes para la nueva reforma del Sistema Nacional de Salud, que se acaba de promulgar. La lectura del ámbito de la aplicación del DL N.º 1504 nos muestra una reforma integral cuya finalidad es “fortalecer el Sistema Nacional de Salud para asegurar la articulación intra e intersectorial, intergubernamental de las entidades públicas y privadas y de la población, para el cumplimiento de las políticas de salud”. Lo curioso de esta nueva Reforma de Salud es que se implementa mediante el DL N.º 1504, pero a través de una sola Disposición Complementaria Modificatoria y tres Disposiciones Complementarias Derogatorias. Por si fuera poco, el día 16 de mayo de 2020, se ha publicado una “Fe de erratas” con la finalidad de corregir algunos aspectos de la nueva Reforma de Salud. Una vez más

“

Es decir, sin mayor debate, bajo el paraguas de la emergencia sanitaria, el Gobierno ha realizado una nueva reforma de salud.

”

en el Perú, la “Fe de erratas” es el distintivo de sus reformas sanitarias.

La única disposición complementaria modificatoria que contiene el DL N.º1504, modifica los artículos 4A y 5, el Título IV y la cuarta disposición complementaria final del Decreto Legislativo N.º 1161, modificado con la Ley N.º 30895, que aprueba la organización y funciones del Ministerio de Salud y

fortalece la función rectora del Minsa. Es necesario recordar que se espera la promulgación del reglamento de la Ley N.º 30895 para que los gobiernos regionales y locales, y los otros componentes del Sistema Nacional de Salud, se sujeten a las políticas nacionales y sectoriales en salud. Sin embargo, desde el 2018, eso no ha ocurrido.

La modificación legislativa es amplia y debilita la rectoría del Minsa. Transfiere la rectoría a sus órganos públicos adscritos por delegación expresa, de esta manera debilita su función rectora para “determinar la política, regular y supervisar la prestación de servicios de salud, en las siguientes instituciones de EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y locales y demás instituciones públicas, privadas y públicas-privadas”. El Ministerio de Salud y el Gobierno no han entendido que es imposible ejercer rectoría si no se tiene potestad sancionadora, además, la delegación expresa de la potestad sancionadora a sus organismos adscritos, solo se aplicaría en las materias y competencias de estos, en consecuencia, la gestión sanitaria y la salud pública otra vez se quedarán sin posibilidades de implementarse y fiscalizarse, porque ningún órgano adscrito, se ocupará de ellas.

La nueva reforma del Sistema Nacional de Salud, según el DL N.º1504, “asegura el cumplimiento de las políticas públicas que orientan la intervención del Estado en materia de salud para garantizar la salud individual y colectiva a nivel nacional y se encuentra bajo supervisión del Ministerio de Salud”; pero le resta poder al Consejo Nacional de Salud, al señalar que es solo un órgano consultivo y que actúa solo como espacio de concertación y coordinación nacional. Es decir, como solo tiene carácter consultivo, las decisiones y acuerdos que toman sus miembros no posee carácter vinculante. Este es el punto neurálgico de la reforma de salud, porque si se pretende crear un

sistema único de salud, se necesita que los diversos componentes que se encuentran dentro del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Nacional de Salud, tengan acuerdos vinculantes; es decir, obligatorios para todos.

Según la nueva reforma de salud, la rectoría del Ministerio de Salud se ejerce a través “de convenios interinstitucionales de asistencia y cooperación mutua”. Esto significa transformar la rectoría, que es el ejercicio del poder político, en una rectoría de contratos y convenios. La experiencia durante el lustro humalista demuestra que los convenios o contratos la mayoría de las veces no se cumplen a cabalidad. Además, la vía judicial es lenta y engorrosa. Corregir esa mala experiencia ha sido la finalidad de la promulgación, en diciembre de 2018, de la Ley N.º 39895, que ahora se ha modificado.

La pandemia no debe ser el pretexto para continuar con la agenda del cuestionado modelo de reforma de salud humalista que generó conflictos y denuncias y que, como salida del *impasse*, el Foro del Acuerdo Nacional aprobara el 2015, el documento “Los objetivos de la Reforma de Salud” cuyo norte es el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención y la Seguridad Social Universal en Salud.

“

El Ministerio de Salud y el Gobierno no han entendido que es imposible ejercer rectoría si no se tiene potestad sancionadora.

”

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Legislativo N.º 1504. 10 de mayo de 2020.

Escasez y carestía de medicamentos para el covid-19

Gobierno elude responsabilidad y culpa a farmacias y boticas privadas I

El presidente de la República ha señalado, el 18 de mayo, dos aspectos en relación con los medicamentos utilizados para combatir la pandemia de covid-19. Es necesario analizarlos, debido a las implicancias que tienen en el desarrollo de la presente pandemia y, sobre todo, por el impacto directo en la población.

En primer lugar, ha afirmado que se promulgará una resolución ministerial para incluir a los medicamentos que forman parte del arsenal terapéutico para el covid-19 como medicamentos genéricos esenciales, según los criterios establecidos en el Decreto de Urgencia N.º 007-2019, que obliga a las farmacias y boticas a mantenerlos siempre a disposición de los usuarios. Es decir, los establecimientos farmacéuticos privados deben mantener un stock obligatorio de estos medicamentos en sus anaqueles. El incumplimiento acarrea sanciones y multas. El argumento central ha sido que nadie debe “aprovecharse de la desgracia, y que eso no lo podemos permitir”. Sin embargo, el anuncio carece de aplicación práctica debido que no asegura que los precios se mantengan, y menos el abastecimiento de las farmacias y boticas privadas. Además, tampoco mejora la capacidad que tiene el Ministerio de Salud (Minsa) para realizar la fiscalización.

El problema es serio debido a que estos medicamentos para la lucha contra la pandemia ya no tienen patente o derecho a la propia intelectual. Es decir, son genéricos y, además, se producen en nuestro país. Sin embargo, la fabricación se hace de acuerdo a un promedio de consumo para periodos normales, aunque la pandemia ha incrementado las necesidades en modo exponencial.

Hay que tomar en cuenta que estos fármacos genéricos tienen indicaciones muy definidas, pero que ahora se ha demostrado que también sirven contra el covid-19; es decir, se les ha encontrado un segundo uso. Aún así, los riesgos de producir más de la cuenta, o que en el corto tiempo se encuentre otro producto específico y mejor, ponen a las empresas privadas en el difícil trance de arriesgar.

El Gobierno y el Minsa deben promover la producción en el Perú de fármacos contra la pandemia. Eso implica una alianza Estado-empresa para compartir riesgos y agilizar los trámites, para que la fabricación de estos medicamentos sea más rápida y de calidad. Y también que sean distribuidos a los 8,000 establecimientos que tienen el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales; y adicionalmente a los otros sectores, como la sanidad policial, las sanidades militares, los municipios, el sector privado, entre otros.

Antes de promulgar una norma, se debe analizar su impacto en la realidad nacional. Ese estudio hubiera detectado la insuficiente fabricación nacional de los medicamentos estratégicos. El Minsa ha tenido información privilegiada que no ha tomado en cuenta, incluso frente a los demás actores sociales, y no ha previsto que desde el momento en que se incluya un medicamento en el listado de medicamentos útiles contra el covid-19, este medicamento automáticamente sería muy demandado y, en consecuencia, el precio subiría. Primero ha debido asegurar el suministro en el sector público y luego promulgar la resolución del listado de medicamentos con nuevos fármacos. La mayor oferta de estos fármacos en todo el territorio nacional hubiese anclado los precios del mercado privado de medicamentos. Ha ocurrido lo contrario. Luego de casi dos semanas de la fecha de la conferencia de prensa que anunció los nuevos fármacos, el suministro público es nulo. Por la escasez, los precios han subido. Y ante esta negligencia y dejadez, ahora el Gobierno culpa a las farmacias y boticas privadas.

“

El Minsa ha tenido información privilegiada que no ha tomado en cuenta, incluso frente a los demás actores sociales, y no ha previsto que desde el momento en que se incluya un medicamento en el listado de medicamentos útiles contra el covid-19, este medicamento automáticamente sería muy demandado y, en consecuencia, el precio subiría

”

En segundo lugar, el 21 de mayo de 2020 se ha promulgado el Decreto de Urgencia N.º 059-2020, que dicta medidas extraordinarias en materia económica y financiera. Sin embargo, ha incluido temas adicionales para reforzar los sistemas de prevención, control, vigilancia y respuesta sanitaria para evitar el covid-19. Es necesario recordar que los decretos de urgencia, según la Constitución, solo norman materia económica y financiera. Ahora hay un Congreso en funciones y, por lo tanto, se impone la colaboración de ambos poderes para buscar una salida legal a la escasez y la carestía.

El DU N.º 059-2020 ha transferido más de 213 millones de soles al Minsa para el suministro de medicamentos y más de 1,7 millones de soles a Indecopi para supervisar la información de los precios a cargo de la Digemid. Además autoriza la receta electrónica y que los laboratorios o droguerías vendan

“

El Gobierno ha dejado de lado el hecho de que la escasez y la carestía promueven el acaparamiento y la especulación; además de la adulteración, el contrabando, el reetiquetado, los “preparados magistrales”, entre otros.

”

directamente al público, amplía al Minsa y Cenares la autorización para la adquisición de bienes y servicios a otros componentes del Sistema Nacional de Salud, así como publicaciones en el portal del Minsa de las autorizaciones regulares y excepcionales de medicamentos, comercialización directa al público de los medicamentos del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales, y la modificación del reglamento de establecimientos farmacéuticos (DS N.º 014-2011-SA). Como se aprecia, las materias abordadas sobrepasan las facultades legislativas que tiene un decreto de urgencia.

El Gobierno ha dejado de lado el hecho de que la escasez y la carestía promueven el acaparamiento y la especulación; además de la adulteración, el contrabando, el reetiquetado, los “preparados magistrales”, entre otros. Es decir, la comercialización de las medicinas “bamba”. Urge la colaboración entre los poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial. No deberían competir por cuál legisla más y mejor.

¹ Cuba Herberth. Portal de la Asociación Médica Peruana. Mayo de 2020.

De la cuarentena al “protocolo loco”

La “nueva realidad” no obedece
al modelo construido por los burócratas

El Gobierno ha puesto de moda en el argot político la palabra “protocolo”. Nunca como ahora se ha discutido que cualquier actividad económica, social, cultural, militar, etcétera, y no solo la médica, deban aplicar rigurosos protocolos. Los políticos han convertido a la palabra “protocolo” en el desván en que se arrojan las ideas generales que requieren detalles que desconocen. La “tesis” es que nada volverá a ser como en febrero de 2020, y que los cambios que se requieren deben ser diseñados por la burocracia estatal, a través de rigurosos protocolos que, además, serán recibidos con algarabía por la miedosa población.

El protocolo implica estandarización, regulación, procedimiento y control. En modo subrepticio ha cobrado vida una nueva fuente del derecho y poderosos nuevos actores políticos, no electos. La justificación para esa irrupción es la gravedad de la pandemia y el miedo a la muerte de la población. Sin embargo, es el mismo miedo a la muerte y a la inseguridad que dio pie a la creación del Estado en los albores de la humanidad. También, ha sido, a lo largo de la historia, el pretexto para coactar la libertad y los derechos humanos.

Cuando la variabilidad es grande, es imposible un estándar útil para todos, porque el estándar creado por el protocolo podría estar más cerca a uno de los polos de la variabilidad. Es decir, se favorece a unos en detrimento de los que se encuentran en el polo más alejado del estándar. Entonces, para resolver esa gran variabilidad se crean diversos protocolos de acuerdo con conglomerados dentro de los confines máximos de la variabilidad.

En otras palabras, se crean un sin número de protocolos de acuerdo con la conveniencia de los actores y de su capacidad de presión. En consecuencia, los protocolos, cuya finalidad era estandarizar, terminan en exactamente lo opuesto, porque se crean diversos estándares para diversos grupos poblacionales que incrementan, en modo artificial, la variabilidad que se quería combatir. Se crean tantos protocolos como peculiaridades tiene los actores sociales.

“

Los políticos han convertido a la palabra “protocolo” en el desván en que se arrojan las ideas generales que requieren detalles que desconocen.

”

A esta forma de la burocracia de resolver la variabilidad médica, a través de protocolos, se le ha motejado, en modo sarcástico, como el síndrome del “protocolo loco”. Solo para comprender la magnitud del problema, sirva el ejemplo de la hipertensión arterial que, en el momento álgido de la moda del protocolo, tenía más de 400 protocolos. ¡Una locura! La profesión médica utiliza ahora, en lugar del protocolo, el concepto de guía. Las razones son obvias.

El debate al interior de la profesión médica y del sector salud culminó con el abandono del protocolo en la práctica médica. Las guías han tomado su lugar porque ayudan en el discernimiento clínico sin reemplazarlo. Sin embargo, el Gobierno y el Minsa no han tomado nota de esa parte de la historia de la medicina peruana. La idea es muy simple de comprender: un protocolo no reemplaza la información, la educación y la comunicación en el ejercicio de la libertad del ser humano en la toma de decisiones. El enfoque comunitario enfrenta las epidemias y la pandemia en libertad, a través del conocimiento y del cambio del comportamiento con estilos de vida saludables, con el objetivo de lograr el autocuidado, la responsabilidad compartida y el control social. La “nueva realidad” no obedece al modelo construido por los burócratas, sino a una creación cotidiana de la gente.

El uso de los protocolos y la correspondiente regulación en sendas normas técnicas, con engorrosos procedimientos y drásticas sanciones, solo servirá para alentar la desobediencia civil, aumentar los contagios y atizar la pandemia. No es una propuesta viable para las necesidades de salud del 70 % de la

“

De la noche a la mañana los funcionarios con enfoque hospitalario pretenden ser expertos en el enfoque comunitario.

”

población peruana, que vive en la informalidad, que es la que sufre el mayor impacto negativo de la pandemia.

Los médicos han visto con sorpresa, por ejemplo, que el Ministerio de Salud ha comenzado a regular el trabajo de los servidores del Primer Nivel de Atención; sin embargo, la pobreza intelectual de las regulaciones contrasta con el

conocimiento y la experiencia. Dan normas desde el escritorio, sin tomar en cuenta el conocimiento científico y tecnológico necesario para el trabajo en el Primer Nivel de Atención, en la Atención Primaria de Salud (APS) y en los determinantes económicos, sociales y culturales de las comunidades. De la noche a la mañana los funcionarios con enfoque hospitalario pretenden ser expertos en el enfoque comunitario. Las burlas contra las normas publicadas y sus respectivas conferencias inundan las redes. Sin embargo, los funcionarios continúan, sin pausa, normando el cambio hacia la “nueva normalidad”. La ideología se comporta como el tapajo de la razón.

El “síndrome del protocolo loco”, tiene también, su contraparte en la vigilancia, el control y la sanción. La tecnología digital al servicio de la vigilancia. La geolocalización al servicio del control y de la sanción. Se pretende incluir a la existencia humana como parte esencial de la sospecha. El hombre dejaría de ser un fin en sí mismo, para convertirse en un medio al servicio de la salvación y sobrevivencia. La reingeniería social, y sus burócratas, a través de normas y protocolos cotidianos, nos pretenden enrumbar hacia “la nueva normalidad”, hacia la “utopía soñada”.

En necesario unir esfuerzos para que esta malhadada moda caduque.

El adiós a las Redes Integradas de Salud

En plena pandemia, un duro golpe a la salud

El 28 de mayo de 2020 el presidente del Consejo de Ministros, con su gabinete en pleno, acudió al Congreso de la República para exponer los actos del Poder Ejecutivo durante el interregno parlamentario. Además, para cumplir con la exposición y debate de la política general de Gobierno y las principales medidas que requiere su gestión, y plantear la cuestión de confianza. Esta exposición había sido aplazada desde el 16 de marzo, en que juramentaron los nuevos congresistas, debido a la pandemia de covid-19. Sin embargo, a pesar de que continuamos bajo los estragos del covid-19, el Congreso decidió cumplir con el mandato constitucional. No está de más recordar los afanes del primer ministro para aplazar su presentación, bajo el argumento de esperar un informe del Ministerio de Salud, que garantice la ausencia de riesgos a la salud que ocasionaría su presentación. Sin embargo, el Congreso de la República, que sesiona y funciona en modo virtual, ha tomado las precauciones sanitarias para evitar los contagios. Las razones sanitarias del premier sonaron a pretexto.

En la extensa exposición del premier, la referencia en reiteradas oportunidades a la salud, debido a la pandemia ha sido utilizada como justificación para construir la “nueva convivencia”. Sin embargo, ha llamado la atención el silencio frente a la implementación de las Redes Integradas de Salud (RIS), cuando se ha referido al fortalecimiento de la capacidad de respuesta del sector salud. Es decir, ha omitido la estrategia más importante para fortalecer el primer nivel de atención, de los centros y puestos de salud e implementar el enfoque comunitario.

Como se sabe, en diciembre del año 2018, se promulgó la Ley N.º 30885, que establece la conformación y el funcionamiento de las RIS. En cumplimiento del mandato de esta ley se ha promulgado el Decreto Supremo N.º 019-2020-SA, Reglamento de la Ley, luego del inexplicable retraso. Sin embargo, el reglamento promulgado transgrede el artículo 118 inciso 8 de la Constitución Política del Estado, que señala “que es potestad del presidente de la República

reglamentar las leyes, sin transgredirlas ni desnaturalizarlas”. Por ejemplo, la ley señala que la Red Integrada de Salud “es el conjunto de organizaciones que prestan o hacen los arreglos institucionales para prestar una cartera de atención de salud equitativa e integral a una población definida, a través de la articulación, coordinación y complementación y que rinde cuentas por los resultados sanitarios y administrativos y por el estado de salud de la población a la que sirve”. Además, define a los establecimientos de salud de la siguiente manera: «Son aquellos que realizan atención de salud en régimen ambulatorio o de internamiento con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para mantener o restablecer el estado de salud de las personas”¹.

“

Es decir, ha omitido la estrategia más importante para fortalecer el primer nivel de atención, de los centros y puestos de salud e implementar el enfoque comunitario.

”

El Reglamento promulgado trasgrede la Ley N.º 30885 porque solo se aplica a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento, a las instituciones prestadoras de servicios de salud, a través de convenios interinstitucionales. Es decir, se ha reducido las funciones de las RIS solo a las prestaciones del aseguramiento, según la Ley N.º 29344. Además, se realiza a través de contrato o convenio de integración de las RIS. Asimismo, el financiamiento se realizará a través del aseguramiento, bajo el pago por asegurado y del “empaquetamiento” de prestaciones de servicios, por caso resuelto. Esta reducción de las funciones de la RIS las retrotrae a la experiencia fallida de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS), creadas por el Decreto Legislativo N.º 1166, promulgado durante el lustro humalista. Las redes creadas, entonces, nunca se implementaron, por las mismas consideraciones que ahora se reiteran. Los convenios y contratos son engorrosos y no está determinado el flujo financiero de los

“

Es decir, ha omitido la estrategia más importante para fortalecer el primer nivel de atención, de los centros y puestos de salud e implementar el enfoque comunitario.

”

diversos componentes del Sistema Nacional de Salud ni su relación con las Redes de Salud, aún vigentes, en las regiones.

Los diversos componentes del Sistema Nacional de Salud –como el Minsa, los gobiernos regionales, Essalud, sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía, sector privado y mixto, entre otros– se financian con su propio presupuesto. La ambigüedad de la capacidad de ejecución presupuestal

de los Equipos de Gestión de las RIS (EGRIS) complica la posibilidad de conformar las RIS. Se anuncia una nueva reglamentación complementaria necesaria para la implementación de las RIS, además que se iniciará el proceso solo después de 90 días la promulgación de la norma, en modo progresivo, sin plazo máximo de cumplimiento.

La promulgación del Reglamento para la conformación de las RIS coincide con el día en que el premier expone, ante el Congreso de la República, las principales medidas que requiere su gestión. Pero como una expresión de la incoherencia gubernamental, se ha omitido la estrategia más importante del enfoque comunitario, que se implementa a través de la conformación de las RIS. Las herramientas del Gobierno, según el reglamento promulgado, son el contrato y el convenio. Los actores públicos, privados y mixtos están de plácemes. La Atención Primaria de Salud, la incidencia en los determinantes económicos, sociales y culturales en salud, la medicina preventiva y el enfoque comunitario han sido dejados de lado. Golpe a la Salud en plena pandemia. Urge corrección inmediata.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Ley 30885. 18 de diciembre de 2018.

Torpeza para incrementar la atención médica

Otro error del enfoque hospitalario con el que se enfrenta la pandemia

Los servicios complementarios son las labores que realizan los médicos y profesionales de la salud luego de su jornada laboral, en su propio centro de labores o en otra institución pública. Su pago es autorizado por el Decreto Legislativo N.º 1154 y, por tanto, no constituye doble remuneración o percepción económica del servidor público. Es decir, son "horas extras" remuneradas en la propia institución o otra institución pública del Sistema Nacional de Salud. Es un mecanismo para incrementar la oferta de atenciones médicas a la población ante la escasez de profesionales.

Aunque parezca increíble, desde el año 2013 en que se promulgó el Decreto Legislativo N.º 1154 no se ha podido implementar. Aunque hay que reconocer que ha habido esfuerzos e intentos por cortos periodos. Los obstáculos han sido los engorrosos trámites burocráticos, la ausencia de financiamiento explícito y los intereses mercantilistas originados por la escasez de la oferta pública. Además, ha aparecido una traba adicional, con el debate sobre el énfasis que debe recaer en el financiamiento de los servicios complementarios. Es decir, en los establecimientos hospitalarios o en los establecimientos del Primer Nivel de Atención (Centros y puestos de salud).

Además, la excesiva demanda de los hospitales y centros de salud públicos ha llevado en la práctica a implementar la Ley de Servicios Complementarios, pero sin cumplir con algunos requisitos burocráticos. La consecuencia ha sido la instauración de procesos administrativos y sancionadores, devolución de dinero percibido (a pesar del trabajo realizado) y denuncias judiciales en perjuicio de los profesionales y funcionarios de las instituciones de salud. Hay



La consecuencia ha sido la instauración de procesos administrativos y sancionadores, devolución de dinero percibido (a pesar del trabajo realizado) y denuncias judiciales en perjuicio de los profesionales y funcionarios de las instituciones de salud.



iniciativas legislativas que resuelven esos inconvenientes; sin embargo, aparecen pretextos que dilatan e impiden su aprobación.

El 11 de marzo, debido a la pandemia, el Gobierno promulgó el Decreto de Urgencia N.º 025-2020, que autorizaba los servicios complementarios. Sin embargo, la norma ha sido incompleta e inaplicable. Recién 76 días después de declarada la emergencia sanitaria, mediante Decreto de Urgencia N.º 064-2020, promulgado el 31 de mayo de 2020, ha creado una serie de procedimientos, con la respectiva fuente de financiamiento para poner

en funcionamiento los servicios complementarios de salud. No subsana los inconvenientes; sin embargo, por lo menos otorga la fuente de financiamiento para pagar a aquellos profesionales que desde el 11 de marzo han laborado, pero que no han cobrado. Aún resta esperar el decreto supremo que precise con detalle las modificaciones presupuestales programáticas necesarias para “cumplir” con la deuda de los servidores de salud.

La implementación de los servicios complementarios por parte del Gobierno se realiza bajo la forma del “ensayo – error”. Como estaba vigente el Decreto Legislativo N.º 1154 desde el año 2013, el Decreto de Urgencia N.º 025-2020, del 11 de marzo de 2020, solo autorizó, en modo excepcional, durante el año fiscal 2020, la transferencia de fondos del Minsa y a los gobiernos regionales para la realización de los servicios complementarios. Como es obvio, esa norma no resolvía el problema, por ello, el 16 de abril de 2020, el Gobierno promulgó un nuevo Decreto Urgencia 039-2020, para disponer que el Minsa apruebe el listado de hospitales priorizados tipo II y III para la atención de pacientes con covid-19 que deben registrarse en el formato único F-500. Asimismo, autorizó al personal nombrado que realice la “suspensión perfecta de labores” en el establecimiento donde ha sido nombrado y acceda a nuevos contratos en otras entidades ejecutoras mientras dure la emergencia sanitaria. Es decir, señala que los contratos son temporales, quedan resueltos en modo automático (una vez que el Minsa declare culminada la emergencia sanitaria) y que los sueldos no son registrados en

el Aplicativo de Planillas del Sector Público (AIRHSP), sino bajo el rubro de “otros”. Por último, autoriza – sin necesidad de suscripción de convenios entre instituciones– la contratación, mediante servicios complementarios, de hasta 12 horas por día y hasta por ocho turnos al mes; previa solicitud del jefe de departamento o de servicio del hospital, para la atención de casos sospechosos o confirmados de covid-19.



El énfasis del Gobierno en financiar los servicios complementarios solo para los hospitales demuestra el equivocado enfoque hospitalario para enfrentar la pandemia.



Aún así, persistían los vacíos para implementar los Servicios Complementarios de Salud. Se ha promulgado el Decreto de Urgencia N.º 064-2020 del 31 de mayo de 2020, para utilizar fondos de la Reserva de Contingencia, bajo mecanismos de modificación presupuestaria que se reglamentarán por decreto supremo. Asimismo, autoriza al Minsa, y por su intermedio a los gobiernos regionales, a realizar modificaciones presupuestarias. Y además se precisa la utilización de las transferencias realizadas el 11 de marzo de 2020, mediante el Decreto de Urgencia N.º 025-2020. Es decir, a 76 días de decretado el estado de emergencia, luego de haber trabajado con exposición a riesgo a la salud y a la vida, aún el pago de las “horas extras” de los profesionales pende de un futuro decreto supremo.

El énfasis del Gobierno en financiar los servicios complementarios solo para los hospitales demuestra el equivocado enfoque hospitalario para enfrentar la pandemia. Se ha dejado de lado el enfoque comunitario, el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención; es decir, de la oferta de aquellos establecimientos que resuelven el 80 % de las enfermedades del país. El Minsa debería tener cuidado y evitar la torpeza.

Urge incrementar la oferta de atenciones médicas y pagar la deuda a los profesionales.





Capítulo 6

Cuestionamientos éticos
y el gobierno paralelo
en la pandemia.
Segunda fase de la
reactivación económica

Acontecimientos entre el 5 de junio
y el 29 de junio de 2020

Pruebas moleculares y relación público-privado

Para evitar el mercantilismo en el sector Salud

El 20 de abril de 2020 el Gobierno ha promulgado el Decreto Legislativo N.º 1466, que implementa el intercambio prestacional en salud y que autoriza y regula la relación comercial entre el sector público y el sector privado. Ha modificado el Decreto Legislativo N.º 1346 promulgado en enero de 2017, que señalaba que la relaciones con los servicios de salud privados se produciría siempre y cuando no existiera oferta pública. Es decir, la participación de los servicios de salud privados era complementaria. Esa lógica ahora ha cambiado. Es decir, el intercambio prestacional permite la compra de servicios en modo alternativo al sector público. Se ha otorgado un mayor rol y presencia al sector privado.

Luego de publicado el Decreto Legislativo N.º 1466, era obvio, que se tenía que aprobar el tarifario para las atenciones de los pacientes que acuden a los servicios privados por el covid-19. El Seguro Integral de Salud ha promulgado la Resolución Jefatural N.º 050-2020/SIS, que aprueba el tarifario por día para los paquetes de atención de los asegurados al SIS con covid-19¹ en los servicios de unidades de cuidados intensivos y hospitalización de las instituciones privadas y mixtas en el marco del Decreto Legislativo N.º 1466. También establece el cálculo del valor monetario de los productos farmacéuticos y dispositivos médicos que sean utilizados en dichos pacientes. Al margen de la discusión de los montos que se pagarán a las clínicas privadas que superan los 10 000 dólares por cada paciente con daño resuelto, es necesario preguntarse si no hubiese sido mejor que solo acudan a estas clínicas cuando la oferta pública sea insuficiente, y que señalen los mecanismos

de selección transparente para las empresas que ganen la buena pro y se beneficien de la “transferencia de dinero público”.

Luego del cambio de Gobierno de julio de 2016, se constató que el Seguro Integral de Salud (SIS) había heredado una cuantiosa deuda con el sector privado y con los establecimientos de salud públicos, que bordeaba los 2 500 millones de soles. Como ya es conocido, el lustrero humalista prefirió pagar al sector privado, aunque los hospitales públicos, que también brindaron atenciones al SIS, languidecían por falta de recursos. En esa circunstancia

se promulgó, en enero de 2017, el Decreto Legislativo N.º 1346, que otorgó al sector privado un rol complementario de la oferta pública y, en modo adicional, realizó el esfuerzo fiscal para pagar la deuda privada y transferir los fondos necesarios para cubrir la “deuda” con los servicios de salud del sector público.

Luego de tres años de haberse saneado las cuentas del SIS, otra vez se abre la puerta para poner al sector privado como alternativo al sector público en la prestación de servicios médicos y de salud. Este proceso ha sido denominado “de intercambio prestacional” y se produce bajo el amparo del paraguas que otorga la pandemia de covid-19, sin mayor debate y sin tomar en cuenta el consenso logrado en el Foro del Acuerdo Nacional, “Los objetivos de la Reforma de Salud” que acordó “fomentar, regular y coordinar de manera efectiva el rol complementario del sector privado en la política nacional de acceso universal a la salud”.

Por si fuera poco, el Órgano de Control Institucional del Instituto Nacional de Salud, en un informe de Visita de Control, señaló que el Instituto Nacional de Salud realizó el diagnóstico de 19,746 muestras al sector privado; es decir, el 21,25 % del total de muestras analizadas. Sin embargo, indica que los servicios privados han cobrado por los servicios relacionados a la toma y entrega de los resultados de dichas muestras. Causa suspicacia que exista un convenio para procesar en modo gratuito las muestras de laboratorio



La consecuencia ha sido la instauración de procesos administrativos y sancionadores, devolución de dinero percibido (a pesar del trabajo realizado) y denuncias judiciales en perjuicio de los profesionales y funcionarios de las instituciones de salud.



“

Causa suspicacia que exista un convenio para procesar en modo gratuito las muestras de laboratorio de los servicios privados, pero no existan los “candados” necesarios para que estos servicios no lucren con el servicio gratuito del Estado.

”

de los servicios privados, pero no existan los “candados” necesarios para que estos servicios no lucren con el servicio gratuito del Estado.

El rol del Estado en la provisión de insumos para realizar las pruebas moleculares, realizar las pruebas de diagnóstico en modo gratuito y brindar el servicio a los ciudadanos y a las instituciones privadas que lo requieran, ha generado que estas últimas cobren sumas que no guardan relación con la prestación ofrecida. Sobre todo en momentos que se entremezclan, durante la pandemia, la escasez, el pánico y la inexistencia de la regulación de

precios. Sin embargo, el Minsa y el Instituto Nacional de Salud han perdido la oportunidad para señalar un margen de gastos operativos para los servicios privados, debido a que ellos suministraban no solo los insumos, sino también la ejecución de las pruebas diagnósticas, sin alterar las reglas del mercado.

Producido el escándalo mediático sobre el cobro de las pruebas moleculares para el covid-19, es probable que los funcionarios del Gobierno eludan su responsabilidad y culpen solo al sector privado. Sin embargo, hay que señalar que el marco legal creado ha hecho proclive el desarrollo de prácticas mercantilistas en el Sector Salud. Es necesario revisar y corregir el marco legal en que se desenvuelven las actividades de salud y la práctica médica, para desterrar esas prácticas mercantilistas que violan los principios elementales de una economía social de mercado. Y que además desnaturalizan la razón de ser de la medicina y de la salud pública. Urge investigar y sancionar.

¹ Seguro Integral de Salud. Resolución Jefatural 050-2020/SIS. 31 de mayo de 2020.

Essalud y su informalidad laboral

A los médicos se les quiere aplicar la norma del “cholo barato”

Se ha generado un escándalo mediático debido a la aprobación, por parte del Congreso de la República, de un proyecto de ley que reconoce derechos laborales de los servidores del Sistema Nacional de Salud; es decir, de Essalud, Minsa, gobiernos regionales, Sanidad Policial, sanidades de las Fuerzas Armadas y las municipalidades, ente otros. Essalud ha respondido con vehemencia y ha argüido que esta norma significaría un gasto de 1 100 millones de soles, que no puede afrontar porque dejaría de invertir en más hospitales y dar mejores servicios a los asegurados. Essalud no dice que tiene acreencias por cobrar por más de 4 200 millones de soles y que la precariedad laboral de sus propios servidores los expone a enfermedades infecciosas y otras, como el covid-19, que no podrán curarse porque carecen de seguro social.

La presidenta ejecutiva de Essalud ha dicho que “no se puede desvestir un santo para vestir otro santo” y ha planteado una controversia entre los que creen que los hospitales, los equipos, los insumos y los medicamentos se manejan y se organizan por su propia cuenta para prevenir y curar, sin intervención humana; y los que creen que los recursos humanos, los médicos, los profesionales de la salud, los técnicos y auxiliares, son aquellos que ponen en movimiento los recursos materiales y que, con su esfuerzo físico e intelectual directo, resuelven los problemas de salud de la población. Esta controversia tiene un componente de discriminación heredado, expresado en el concepto del “cholo barato”. Se cree que, por cada servidor despedido, existe una larga lista de ciudadanos que compiten por ocupar el puesto. La primera objeción a esa concepción es que hay escasez de médicos y profesionales de la salud. Cada médico que es despedido o fallece

deja un puesto difícil de cubrir. Por ejemplo, el Perú requiere 80 mil médicos y a duras penas bordea los 50 mil.

Es necesario recordar que la formación médica en promedio dura ocho años. Además, los estudiantes, culminada su formación universitaria, obtienen el título de médico-cirujano y además deben probar su suficiencia profesional, a través del Examen Nacional de Medicina (ENAM) para quedar expeditos para su colegiación, que es requisito indispensable para ejercer la profesión en el Perú. Es necesario remarcar que los profesionales graduados que no aprueban el examen deben volver a darlo hasta aprobarlo. La experiencia ha demostrado que hay egresados de universidades extranjeras que tienen una alta tasa de desaprobación del ENAM. La calidad del médico peruano es reconocida y es probable que la baja tasa de mortalidad que se observa en la pandemia de covid-19 se deba a esa formación.

Además, luego de la colegiación, el profesional de la salud debe realizar el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (Serums), por un año, en el interior del país, en lugares “pobres y marginales”. Es la oportunidad en que nuestros profesionales toman contacto directo con la realidad nacional, con los usos y costumbres; y además, con las enfermedades propias de nuestro país. El costo en vidas de jóvenes profesionales en este servicio rural es doloroso. El Estado es incapaz de otorgar las medidas más elementales de seguridad personal. Son los héroes y heroínas que cada año enlutan a nuestro país.

“

Esta controversia tiene un componente de discriminación heredado, expresado en el concepto del “cholo barato”. Se cree que, por cada servidor despedido, existe una larga lista de ciudadanos que compiten por ocupar el puesto.

”

Después del Servicio Rural, previo examen de admisión, realizan durante tres a cinco años una especialidad. Es decir, transcurren entre 12 y 15 años de formación, luego de haber sorteado cientos de exámenes y una serie de concursos de méritos. Además, mediante rigurosa evaluación, cada cinco años, hasta el final de sus días, debe acreditar que ha recibido capacitación continuada a través del proceso de recertificación. Sin embargo, algunos funcionarios no ligados a la medicina creen que la colegiatura del médico es idéntica a la que ellos han realizado en sus

respectivos colegios profesionales; es decir, una colegiación automática, con el único requisito del título profesional. El desconocimiento es tal que han llegado a contratar profesionales extranjeros con la sola presentación de su título, sin haber aprobado el ENAM, sin colegiatura y sin haber realizado el Serums, en clara violación de las leyes y exposición a riesgos de los pacientes peruanos.

La incompreensión de la escasez de médicos, el largo periodo de formación, la necesidad de atraer nuevas vocaciones para aumentar el número y la calidad profesional ha creado una suerte de confrontación con la concepción del “cholo barato”. La presente pandemia ha demostrado que el dinero solo puede comprar en el mercado aquello que ya existe. Los balones de oxígeno han demostrado que, a pesar de tener dinero, no es posible conseguirlos. Igual ocurre con los profesionales de la medicina y la salud.

¿El dolor y el caos de la pandemia no ha enseñado nada? La construcción de hospitales, “elefantes blancos”, no incrementará la capacidad de respuesta sanitaria de nuestro país, si no existen recursos humanos calificados. La precariedad de la salud solo se resolverá si se atrae a nuevas vocaciones y se revaloriza a las profesiones de la salud. El presidente debería promulgar la autógrafa de ley aprobada por el Congreso de la República que reduce la informalidad y revaloriza a los servidores del sector Salud.

“

El costo en vidas de jóvenes profesionales en este servicio rural es doloroso. El Estado es incapaz de otorgar las medidas más elementales de seguridad personal. Son los héroes y heroínas que cada año enlutan a nuestro país.

”

Clínicas, pruebas covid y exclusión social

Con dinero público se dio trato preferencial a ciudadanos pudientes

Las clínicas han respondido a los diversos medios de comunicación que propalaron un informe del Órgano de Control (OCI) –del Instituto Nacional de Salud (INS), dependiente de la Contraloría General de República– con relación a los cobros por parte de las clínicas y la gratuidad del procesamiento de las muestras por parte del Gobierno. Los argumentos de las clínicas son de forma y de fondo.

En el tema de forma, señalan la informalidad en las comunicaciones desde el Órgano de Control Institucional hacia las clínicas, con plazos cortos y a través del personal, y no por “conducto regular”, con requerimientos de información de los costos de operaciones vinculadas a las atenciones del covid-19. Además, que la Contraloría General de la República no podría supervisar a las clínicas porque la potestad supervisora en el sector salud es de Susalud. Y a pesar que no posee facultad sancionadora, ha emitido un informe que ha hecho público a través de los medios de prensa, y que incluso ha hecho que el presidente incurra en error en una conferencia de prensa.

Las clínicas señalan que la Contraloría no es competente para requerir información debido a que no tiene facultad sancionadora. Esta es una equivocación porque la Contraloría General de la República sigue la pista del dinero público. La acción de control que ha realizado la Contraloría obedece a la evaluación del gasto con dinero público del INS en el procesamiento de muestras con un “procedimiento especial” que tendría esa institución. Es probable que ese informe, como es natural, sea tomado en cuenta como indicio de colusión por la Fiscalía Penal.

Además, afirman que solo la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) podría supervisarlas por ser la institución especializada en materia de salud. Sin embargo, como sabemos, Susalud, no tiene competencias para supervisar los manejos administrativo, financiero y contable de las clínicas privadas, porque Susalud, es una institución cuya función es vigilar el cumplimiento de los derechos de los usuarios y consumidores de los servicios de salud. Es decir, Susalud solo supervisa que las prestaciones de salud que otorgan a sus pacientes se realicen sin violar los derechos estipulados en las normas.

En el tema de fondo, las clínicas señalan que en el procedimiento de toma de muestra para la prueba molecular que es remitida al INS se “traslada” (se cobra) al paciente únicamente el precio de la toma de muestras y del transporte, un costo por mantener los altos estándares de acreditación y calidad, más IGV. Es decir, las clínicas, no cobran el procesamiento de la prueba, sino la toma y el transporte de las pruebas. Detallan que el precio por tomar una prueba o por el transporte de esta, desde la clínica o desde el domicilio del paciente hasta el laboratorio del INS y luego, la entrega de los resultados de las pruebas, obedece al mercado, y de ninguna manera las clínicas deberían dar cuenta porque no hay control de precios.

Las clínicas reconocen que han cobrado a los pacientes; sin embargo, señalan que el monto que cada clínica cobra es parte de lo que consideran adecuado. Pero la denuncia no ha sido desvirtuada, porque el INS procesó las pruebas moleculares, en modo gratuito para las clínicas particulares. Además, este procedimiento contrasta con el procedimiento regular que tiene cualquier ciudadano, en nuestro país. Es decir, las clínicas eludían las colas y los pacientes que podían pagar obtuvieron un trato preferente. En otras palabras, el Gobierno, en una situación de escasez debida a la pandemia, ha creado un trato preferencial para los ciudadanos pudientes, con el dinero público. En este caso, el monto pagado es irrelevante.

La explicación de las clínicas normaliza la discriminación por pobreza y la exclusión. Los ciudadanos

“

En otras palabras, el Gobierno, en una situación de escasez debida a la pandemia, ha creado un trato preferencial para los ciudadanos pudientes, con el dinero público. En este caso, el monto pagado es irrelevante.

”

“corrientes” estaban en la obligación de llamar por teléfono y entrar en la “lista de espera” (hacer la cola) y acatar “el protocolo” para que le tomen la muestra. Las clínicas y el INS deberían explicar con mayor sensatez esa conducta discriminadora y de exclusión en plena pandemia.

Un ejemplo, entre otros: en el caso de una familia de cinco miembros, luego de esperar la cita telefónica, el Minsa acudía y tomaba solo la muestra a un miembro de la familia. El reclamo, como es obvio, era que debería tomar a toda la familia; sin embargo, se argüía que no era posible debido al “protocolo”. Entonces, la familia llamaba a una clínica y, previo pago, tomaban las muestras a los cuatro miembros de la familia restantes. En cambio, los pobres no han tenido esa oportunidad, a pesar de que las pruebas eran

procesadas en modo gratuito con recursos públicos.

“

El Gobierno ha abdicado de su obligación de crear un marco legal que proteja el bien público, erradique la discriminación y la exclusión.

”

Es necesario revisar con detalle el contrato entre el Instituto Nacional de Salud y cada una de las 137 clínicas que, según Susalud, han realizado el servicio de toma y transporte de pruebas para detectar el covid-19. Y también se debe revisar el Decreto Legislativo N.º 1466-2020 que les ha servido de sustento legal. El Gobierno ha abdicado de su obligación de crear un marco legal que proteja el bien

público, erradique la discriminación y la exclusión. La Defensoría del Pueblo debería actuar: ¡Urge corregir y sancionar!

La gestión gubernamental frente a la pandemia

Graves negligencias, en algunos casos con visos de corrupción

Luego de 90 días de las medidas que se tomaron para enfrentar la pandemia de covid-19, es necesario realizar un breve balance con la finalidad de enfrentar las dificultades que se avecinan. La cuarentena y el aislamiento obligatorio fueron hechos según los modelos recibidos de Wuhan y Europa; la propia denominación el “martillo y la danza” obedece a las recomendaciones de un especialista español. Sin embargo, se pasaron por alto las peculiaridades de la realidad nacional. Además se confundieron los fines con los medios, al punto que la cuarentena y el aislamiento social se han convertido en un fin en sí mismos. No se valoraron los inconvenientes de aplicar políticas sanitarias verticales y universales –diseñadas para países homogéneos– en un país como el nuestro, heterogéneo, biodiverso desde el punto de vista económico, social, cultural y geográfico, y con altas tasas de informalidad, entre otros aspectos.

El curso de la pandemia en forma heterogénea, con curvas de ascenso y descenso diverso, con desfases en la línea de tiempo en función de la variedad del territorio nacional, ha demostrado la equivocación del Gobierno en la política de la cuarentena y el aislamiento obligatorio en todo el territorio nacional. Además, la confusión entre medios y fines ha llevado a tomar acciones de aprovechamiento para otros intereses. Es decir, la pandemia ha sido usada como paraguas para realizar una agenda paralela que algunas veces ha colisionado con la finalidad y la eficacia de la acción gubernamental contra la pandemia. El pánico ha sido aprovechado para la centralización y fortalecimiento del poder político, con “el afán de proteger y salvar” a la gente y de paso reestructurar la sociedad, con un nombre rimbombante de

“

No se valoraron los inconvenientes de aplicar políticas sanitarias verticales y universales – diseñadas para países homogéneos– en un país como el nuestro, heterogéneo, biodiverso desde el punto de vista económico, social, cultural y geográfico, y con altas tasas de informalidad, entre otros aspectos.

”

“nueva convivencia”. Los ejemplos sobran, solo basta recordar la equidad de género con los días alternos varón y mujer; la inclusión social y financiera con largas colas en los bancos, la inclusión digital y el Internet, la estandarización social con los protocolos, el abuso de los decretos de urgencia, entre otros.

La cuarentena y el aislamiento social deberían haber servido para darle tiempo al Gobierno para fortalecer la capacidad de respuesta del sector salud. Además, para evitar los contagios masivos y simultáneos que podrían ocasionar el colapso del sistema de salud. El Gobierno optó por el enfoque hospitalario, con un fuerte componente militar y policial. Fortalecer “algunos”

hospitales, denominados “hospitales Covid” y casi cerrar los establecimientos del primer nivel de atención; es decir, los puestos y centros de salud. El control policial y militar como elemento clave para el cumplimiento de las ordenes gubernamentales. Se crearon sanciones pecuniarias, multas e incluso se tipificaron delitos penales que dieron lugar a arrestos. La participación social quedó proscrita. La creación del Comando de Operaciones Covid-19, fue la verbalización y la práctica de ese equivocado enfoque.

Los estudiosos, analistas y los medios de comunicación nacionales y extranjeros indagan y aventuran respuestas sobre la crudeza de la afectación de la pandemia en nuestro país. Sin embargo, la respuesta es obvia. Ha fracasado el enfoque hospitalario. No ha existido estrategia alguna para romper la cadena de transmisión del coronavirus en la comunidad. Además, se ha perdido tiempo y no se ha preparado el enfoque comunitario, a través de sus dos componentes claves: por un lado, la organización de la comunidad; y por el otro, el fortalecimiento de la capacidad de los establecimientos del Primer Nivel de Atención. Es decir, de los centros y puestos de salud. La comunidad no ha participado en la rotura de la cadena de transmisión del virus. No ha implementado la vigilancia sanitaria y desconoce el enfoque de riesgo para el covid-19 en su comunidad, en su distrito, en su provincia. Tampoco

ha sido preparada para salir de la cuarentena y del aislamiento social. La comunidad debería fortalecer el autocuidado, la responsabilidad compartida y el control social. Ese trabajo comunitario, además, de la detección precoz de los portadores y enfermos, del aislamiento y del tratamiento temprano, corresponde a los establecimientos de salud del primer nivel de atención, a través de la Atención Primaria de Salud y la acción sobre los determinantes económicos, sociales y culturales en la propia comunidad. Los establecimientos del primer nivel de salud, los llamados centros y puesto de salud, son más de 8 000 y están distribuidos en cada uno de los 1,874 distritos del país. No han sido fortalecidos y se ha obviado a la comunidad. Se ha perdido tiempo. Una oportunidad desperdiciada.

“

El pánico ha sido aprovechado para la centralización y fortalecimiento del poder político, con “el afán de proteger y salvar” a la gente y de paso reestructurar la sociedad, con un nombre rimbombante de “nueva convivencia”.

”

Grave ha sido la negligencia, en algunos casos con visos de corrupción, del suministro de los bienes estratégicos necesarios contra el covid-19, como mascarillas, pruebas moleculares y las controversiales pruebas rápidas, los equipos de protección personal, los medicamentos de apoyo, el oxígeno, las camas hospitalarias, de cuidados intensivos y ventiladores mecánicos, entre otros. Enorme daño ha causado la creencia en que la pandemia sería derrotada en los hospitales. Se pasó por alto un concepto esencial de la salud pública; a saber, las epidemias y las pandemias, se derrotan en la comunidad, con la más amplia participación social. La ciudadanía detectó el despiste gubernamental. La Contraloría, la Fiscalía, Susalud, la Defensoría del Pueblo, los colegios profesionales y el Congreso de la República tienen enorme tarea. ¡El Gobierno debe corregir!

El gobierno paralelo y el covid-19

Existe un Minsa oficial y otro oculto, con asesores “de confianza”

El Ministerio de Salud (Minsa) ha tenido siempre una organización preparada para enfrentar las epidemias y las pandemias. La estructura organizacional obedece a una planificación basada en hipótesis o supuestos de desastres de diversos tipos, porque en nuestro país son recurrentes. El proceso de descentralización y la transferencia de competencias a los gobiernos regionales puso en aprietos esta organización que, sin embargo, fue restablecida a través de la Ley N.º 30895, de Fortalecimiento de la Rectoría del Minsa. Además, el Consejo Nacional de Salud es la instancia de gobierno del Sistema Nacional de Salud cuya presidencia recae en el ministro de Salud. El Consejo Nacional de Salud es el ente articulador entre los diversos sectores e instituciones del Estado y los diversos componentes de la sociedad involucrados con el desarrollo de la salud. En esta instancia confluyen tanto el sector público como el sector privado.

La declaratoria de emergencia debida a la pandemia de covid-19 debió haber sido el momento propicio para que el Consejo Nacional de Salud funcione a plenitud. Sin embargo, no ha sido convocado. Al contrario, el Minsa ha creado una estructura paralela llamada Comando de Operaciones Covid-19. Además, el Consejo Nacional de Salud tiene su réplica en los gobiernos regionales y locales. Los consejos regionales de salud tampoco han sido convocados. En cambio, se han creado, en modo paralelo, los comandos de operaciones Covid-19 regionales.

Los establecimientos del Primer Nivel de Atención, los centros y puestos de salud tienen a su cargo un territorio determinado y una población

adsrita para la atención ambulatoria y de las estrategias sanitarias, además, de la Atención Primaria de Salud y de la intervención en los determinantes económicos, sociales y culturales en salud, con la finalidad de lograr estilos de vida saludables. Es decir, los 8 000 centros y puestos de salud han sido dejados de lado. Sin embargo, se ha creado en modo paralelo, el Programa Te Cuido Perú, a cargo del Ministerio de Defensa, con la finalidad de realizar las atenciones ambulatorias verticales, al margen de los establecimientos de salud y de la participación de las propias comunidades. Se ha dejado de lado la gran experiencia que existe en nuestro país en el enfoque comunitario, en la participación social y, sobre todo, en la incorporación en los espacios de decisiones sanitarias a la propia comunidad.

Como es por todos conocido, la sede del Minsa está ubicada en la avenida Salaverry, en el distrito de Jesús María; sin embargo, en modo paralelo la alta dirección funciona también en la avenida Sánchez Carrión, del distrito San Isidro. El Minsa ha alquilado el piso 13 de un moderno edificio. Además hay 27 asesores, que la mayoría de las veces duplican las funciones de los directores generales. Es decir, por un lado, un ministerio oficial, según su organización y funciones y por el otro, uno paralelo con asesores de confianza. La pandemia y las medidas de bioseguridad, han sido el pretexto para el crecimiento exponencial de los cargos de confianza.

El Gobierno ha promulgado una serie de normas con la finalidad de reducir la capacidad ejecutiva del Minsa. Es decir, el Minsa se ha convertido en un ente solo normativo que compete con el Congreso de la República. Las acciones ejecutivas han sido dejadas de lado. Los establecimientos de salud que se encuentran a su cargo están en deterioro. La Dirección General de Operaciones del Minsa se ha desligado en modo progresivo de su labor. La creación del programa vertical Te Cuido Perú ha ocupado un vacío creado ex profeso.

La declaratoria de emergencia debida a la pandemia de covid-19 debió haber sido el momento propicio para que el Consejo Nacional de Salud funcione a plenitud. Sin embargo, no ha sido convocado. Al contrario, el Minsa ha creado una estructura paralela llamada Comando de Operaciones Covid-19.

“

La pandemia ha puesto en evidencia las falencias de Minsa y su conducción del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, esas falencias sirven de paraguas para retomar la agenda mercantilista en salud del “lustro humalista”.

”

El Decreto Legislativo N.º 1504 modifica el Sistema Nacional de Salud y las funciones rectoras del Minsa, el Decreto de Urgencia N.º 017-2019, “establece medidas para la cobertura universal de salud” y, entre otros aspectos, convierte al Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (Cenares) en un operador logístico propio o por encargo; además el Decreto Legislativo N.º 1466 “facilita el intercambio prestacional en entre el sector público y privado dentro del Sistema Nacional de Salud”. Es decir, se han modificado en modo radical

las relaciones del sector público con el sector privado. El sector privado ha ocupado un rol complementario cuando la oferta de los servicios públicos ha sido insuficiente, pero luego de la promulgación de estas normas, en plena pandemia, ese rol ha cambiado. El sector público ocupa ahora un rol secundario, supletorio, en aquello que el sector privado no realiza.

La pandemia ha puesto en evidencia las falencias de Minsa y su conducción del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, esas falencias sirven de paraguas para retomar la agenda mercantilista en salud del “lustro humalista”. Las quejas de los usuarios, de los servidores y de la sociedad son obviados. El Gobierno ha demostrado que la agenda ideológica mercantilista es más importante que los reclamos y los estragos de la pandemia. La salud pública durante la pandemia, contrariamente al sentido común, ha perdido. La función del Estado es esencial en la lucha contra las epidemias, las pandemias y los desastres. ¡Urge corregir!

Del pánico y la reingeniería social

La utilización del ser humano como instrumento

Los gobiernos han gastado una buena cantidad de dinero para demostrarle a la población que es mejor no tener pánico frente a la pandemia de covid-19, porque no hay razones científicas para ello; sin embargo, ha ocurrido exactamente lo contrario. La reacción de pánico no tiene que ver con la razón, sino con las estructuras mentales organizadas y preconstituidas, que perciben la realidad a través de creencias, costumbres aprendidas y procedimientos heredados. El pánico no está en relación directa con la realidad, sino con la percepción. El pánico se alimenta del miedo a la muerte.

Para sobrevivir sacrificamos "voluntariamente" todo. Es una frase muy trillada pero real, debido a que la lucha por la sobrevivencia implica aceptar, quizá en modo obligatorio, algunas restricciones a creencias, a costumbres y a usos. Esa es la explicación de cómo se imponen unos pueblos sobre otros, unas religiones sobre otras, una cultura sobre otra. La sobrevivencia implica mucho sacrificio, sobre todo para los más desposeídos, para los pobres, porque abandonan su libertad, sus propias creencias e ilusiones. Pero, en contraparte, es también una enorme carga para los conductores, para los dirigentes, para aquellos que deben decidir y ejercer su libertad para mantener la sobrevivencia colectiva para su propio provecho; y de ser el caso, para los demás.

La utilización del ser humano como instrumento, como medio, para alcanzar una finalidad, es algo que siempre ha ocurrido a lo largo de la historia. Sin embargo, a partir de la época moderna el ser humano ha adquirido, en modo progresivo, una soberanía social; es decir, una soberanía en colectivo.

“

Empero, la pandemia ha puesto en evidencia la contradicción entre la instrumentalización individual y la soberanía colectiva.

”

Empero, la pandemia ha puesto en evidencia la contradicción entre la instrumentalización individual y la soberanía colectiva. El concepto de “biopolítica” descrito ampliamente por Michele Foucault cobra vigencia, debido a que la pandemia ha traído una disrupción de dos nuevos conceptos: el aislamiento individual y el pánico colectivo. El aislamiento individual es el resultado del pánico de uno contra los otros.

Sin embargo, expresa también la fragilidad individual, porque anula la acción política y la participación social para enfrentar la instrumentalización del nuevo poder político. Frena el cabal ejercicio de los derechos fundamentales y del poder político de los ciudadanos.

La lucha por la sobrevivencia es el acompañante natural de la vida. La religión, la filosofía, la política, y otras maneras del conocimiento, han reflexionado sobre el miedo a la muerte. Las guerras y la correspondiente rendición evidencian la importancia del miedo a la muerte. El manejo óptimo del miedo es la suprema estrategia del vencedor.

La novedad que trae la crisis social de la pandemia es la forma en que las empresas se reflejan en el Estado y en el Gobierno. La racionalidad de medios y fines necesita nuevas relaciones entre las empresas y el Estado. El desarrollo de la ciencia y la tecnología ha creado nuevas relaciones entre los seres humanos que obligan a las instituciones a realizar los cambios que les correspondan. Sin embargo, no es fácil, debido a que estas organizaciones políticas son conducidas con formas de gobierno dadas con anterioridad a la crisis de la pandemia. Apalancar esos cambios requiere un nuevo liderazgo, distinto al modelo conocido. En otras palabras, lo que está en discusión es el tipo de liderazgo y la forma de gobierno, para encontrar una nueva relación entre las empresas y el Estado y la estructura jurídica del gobierno.

El rol de los medios de comunicación para afianzar el aislamiento, el egoísmo de cada uno de los ciudadanos, y las restricciones de los derechos fundamentales, demuestra la fuerza ideológica del “nuevo modelamiento” de la sociedad, sin participación social. El riesgo de la reingeniería de la nueva relación empresa-Estado (Gobierno) consiste en que la nueva sociedad se construya sobre

la base del aislamiento individual a través de la conducción política a distancia. Es decir, en una nueva atribución de roles para el común de los individuos, como *homo videns*, con atrofia en la capacidad de abstracción y de entendimiento, según las características descritas por el filósofo italiano Giovanni Sartori. Sin embargo, para la élite de dirigentes, para los conductores, está el atributo de *dux videns*; es decir los que gozan del ejercicio del pensamiento conceptual y abstracto del “telegobierno”. Como se puede observar, la clave para esta propuesta de reingeniería social es el pánico y la nula participación social.

“

El riesgo de la reingeniería de la nueva relación empresa-Estado (Gobierno) consiste en que la nueva sociedad se construya sobre la base del aislamiento individual a través de la conducción política a distancia.

”

No obstante, es necesario recordar que el miedo sirve no solo para la crisis, sino también para los periodos en los que no hay crisis. De hecho, es el motivo por el que se organizan los estados y los gobiernos. Es la forma como se relaciona el Gobierno con las empresas para otorgar desarrollo social y seguridad a la población; además, como es obvio, de contrarrestar el miedo. Asimismo, favorece la organización social, la solidaridad, el autocuidado, el riesgo compartido frente a los estragos de la pandemia; pero sobre todo, el control social para preservar la sociedad democrática y libre. El enfoque comunitario en la lucha contra la pandemia de covid-19 se basa en la participación social, en el respeto irrestricto de los derechos humanos, en la libertad y la creatividad.

El conato de “nueva convivencia”

No se cuestiona el cobro por parte de las clínicas,
sino el monto

Con la frase exculpatoria “quieren que haga en cien días, aquello que no se ha hecho en cien años” el presidente de la República justificó los diversos tropiezos que ha tenido para enfrentar la pandemia de covid-19 y la grave afectación de la economía nacional. Las críticas, con niveles de escándalo, están relacionadas con las pruebas moleculares y los cobros en las clínicas particulares para la atención de los pacientes afectados por la pandemia. En ambos casos no se ha cuestionado el cobro por parte de las clínicas, sino el monto.

Perú tiene un sistema de Salud segmentado; es decir, que los ciudadanos se agrupan por segmentos en función del origen del financiamiento que cubre su atención de salud. El proceso de segmentación refleja diversos estándares de atención médica, en función de si el segmento poblacional es más pudiente o es más pobre. Las clínicas particulares se ajustan, en general, a las necesidades de los usuarios, que poseen la capacidad de sufragar por sí mismos sus propias atenciones médicas; ya sea con su propio bolsillo o a través de la contratación de seguros privados.

Durante la pandemia, las clínicas privadas –a pesar de la monopolización, por parte del Instituto Nacional de Salud (INS) del Minsa, de las pruebas moleculares para detectar el covid-19– lograron tomar las pruebas de sus propios usuarios y llevarlas para su procesamiento gratuito en el INS del Minsa. Este segmento poblacional fue atendido en sus demandas de pruebas moleculares en las clínicas privadas porque obtuvieron un trato especial y preferente. No tuvieron necesidad de inscribirse en la lista de espera, de

hacer tediosas llamadas telefónicas ni de cumplir con el “protocolo” del Estado. Sin embargo, el escándalo no se debió al trato especial y preferente en el procesamiento de las pruebas moleculares del segmento pudiente con dinero público, sino a los altos costos que cobraban las clínicas.

El Gobierno anunció que el tratamiento de los pacientes con covid-19 era gratuito. Las clínicas privadas ofrecieron el servicio a sus usuarios; es decir, al segmento poblacional más pudiente. ¿Cuál fue el escándalo? Que los precios eran altos. Es decir, las clínicas cobraban montos exorbitantes por servicios que deberían ser gratuitos. Las clínicas privadas, igual que todos los establecimientos de salud públicos, tenían problemas para cubrir la demanda de su propio segmento poblacional. Este segundo caso escandaloso tampoco se debe al trato especial y preferente a los pacientes del segmento poblacional pudiente, sino al exorbitante precio. Una vez más, los altos precios.

El Decreto Legislativo N.º 1302 del año 2016, “que optimiza el intercambio prestacional”, señalaba que la participación del sector privado era complementaria: solo cuando la capacidad de los hospitales públicos estaba sobrepasada, se podía contratar los servicios de las clínicas privadas, como complemento. Sin embargo, el Gobierno derogó ese decreto legislativo y promulgó el DL N.º 1466 (en 2020), “de intercambio prestacional”, que ha cambiado la relación complementaria del sector privado y la ha convertido en alternativa¹. Es decir, ya no es necesario que el sector público esté sobrepasado y los pacientes sean transferidos a las clínicas para aumentar la oferta para los pacientes que acuden al hospital público, sino que los pacientes de las clínicas sean cubiertos con el dinero del Seguro Integral de Salud. En otras palabras, las clínicas ofrecen servicios alternativos a la oferta pública con el dinero del Seguro Integral de Salud. En modo simultáneo debió promulgarse el DL N.º 1466, el reglamento y el tarifario, pero no se hizo. Las expectativas de las clínicas y de los pacientes fueron grandes. Sin embargo, el Seguro Integral pretendía consensuar una tarifa “razonable”, solo que el tiempo jugaba en su contra.

“
...el escándalo no se debió al trato especial y preferente en el procesamiento de las pruebas moleculares del segmento pudiente con dinero público, sino a los altos costos que cobraban las clínicas.
”

“

Este segundo caso escandaloso tampoco se debe al trato especial y preferente a los pacientes del segmento poblacional pudiente, sino al exorbitante precio. Una vez más, los altos precios.

”

Como es conocido más del 90% de las atenciones médicas se realizan en los establecimientos de salud públicos, sean estos del Minsa, de Essalud, de las Fuerzas Armadas y Policiales, de los gobiernos regionales o de las municipalidades; que durante la pandemia han sido sobrepasados en sus capacidades. Sin embargo, tal como equivocadamente ha sido planteado en el DL N.º 1466, se fortalece la segmentación y el uso “exclusivo” de los servicios de las clínicas privadas.

La colaboración entre el sector privado y el público ha sido permanente en el Comando de Operaciones Covid-19. Las clínicas han atendido a sus pacientes víctimas de la pandemia, y sus capacidades también están sobrepasadas. Sin embargo, el Gobierno retardaba el pago de las atenciones debido a la dificultad de llegar a un acuerdo de precios, de la tarifa. Los usuarios atendidos eran obligados a pagar sus atenciones, a pesar de que el DL N.º 1466 los ampara y les otorga gratuidad. La promulgación unilateral por parte del SIS de las tarifas para las clínicas dio origen al *impasse* de orden comercial entre las clínicas y el Gobierno.

La intervención del presidente de la República con el conato de expropiación de la propiedad de las clínicas ha logrado un acuerdo inmediato, pero a 55 000 soles por paciente, más IGV. Un incremento de casi el doble. Ese monto también les debe corresponder a los hospitales públicos por cada paciente. ¡Urge defender la democracia y erradicar el doble estándar!

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Legislativo N.º 1302. 29 de diciembre de 2016. Decreto Legislativo N.º 1466. 20 de abril de 2020.

Cuestionamientos éticos frente a la pandemia

Cuando se tiene que decidir entre la vida y la muerte

El contexto de la pandemia es propicio para que afloren las reflexiones morales, de diversas vertientes; desde las religiosas y apocalípticas, hasta las utilitaristas y consecuencialistas, como la bioética. Por ello es necesario hacer un pequeño análisis de las palabras y los hechos de las personas encumbradas en altas posiciones en la toma de decisiones de gobierno. Es obvio que las reflexiones éticas de estos actores tienen impacto en la vida, la salud, la cultura, la economía, la ecología y la cosmovisión, entre otros aspectos, de los habitantes de nuestro país.

La primera cuestión que es tomada como incuestionable es la finitud de recursos. Es decir, como los mismos funcionarios plantean en un hipotético ejemplo: cinco ventiladores con camas de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) para 100 personas que esperan por ellos. El caso de la Región Loreto, aunque no es el único, es el ejemplo más claro de esta aseveración. Los recursos, cinco ventiladores, son insuficientes para atender a 100 personas. Hay exceso de pacientes. Y parece lógico, elaborar un mecanismo impersonal de selección de los cinco afortunados usuarios, que probablemente sobrevivirán, y dejar sin atención a 95 personas, sin el más mínimo remordimiento, porque también se crean mecanismos psicológicos de dilución de responsabilidades.

Esta hipótesis es el fundamento de las teorías malthusianas, de las teorías de selección y segregación racial, de las teorías eugenésicas, de la exclusión y marginación social, y otras similares aún vigentes en las llamadas sociedades libres. El desarrollo de la ciencia y la tecnología ha demostrado que los

“

El contexto de la pandemia es propicio para que afloren las reflexiones morales, de diversas vertientes; desde las religiosas y apocalípticas, hasta las utilitaristas y consecuencialistas, como la bioética.

”

recursos son infinitos. La información y la producción material es infinita. Las relaciones entre los hombres determinan y crean la finitud. Los ejemplos más claros son lo del oxígeno y de Internet.

Además, en el contexto del ejemplo, la pregunta sería ¿por qué hay solo cinco ventiladores? ¿Acaso no ha habido negligencia en la preparación de los suministros? ¿Es moral y ético poner en riesgo de muerte a la población por la negligencia o por el frío cálculo de los gestores? ¿No merecen ser imputados aquellos

gestores que, durante años, han aplicado la finitud de recursos al sector público de salud, a pesar del dispendio en otras áreas y sectores, y de la existencia de la corrupción? ¿Se puede pasar por alto la respuesta a estas preguntas, a través del tamizaje de la ética? Es obvio que no. Sin embargo, la bioética que es una corriente ética utilitarista, brinda los mecanismos “filosóficos” justificadores de la exclusión y de las muertes evitables. Además, los “comités de bioética” se crean para diluir, en los hechos, el cargo de conciencia que ocasiona la pasividad ante muertes evitables, tal como ocurre con el pelotón de fusilamiento.

La segunda cuestión, es si el Estado –a través del Gobierno, del sistema de salud y de los funcionarios a cargo de las direcciones de gestión hospitalaria– puede reemplazar a la naturaleza, según el proceso de selección natural propuesto por Darwin. La alteración del proceso de selección natural, según criterios utilitarios, ya no intenta salvar de la muerte al más fuerte frente a la enfermedad, como lo hace la naturaleza, sino al más útil para la sociedad.

La tercera cuestión es la transformación de la vida humana en un instrumento para el bien. Es decir, cuán útil es la vida para la sociedad.

La cuarta cuestión es si existe un contrato “tácito” entre los administradores y los médicos u otros servidores de salud, así como con la población que se encuentra en la lista de espera. La existencia de este contrato, como es tácito, es desconocida por el público. El tenor del contrato “tácito”, como es obvio, será indicado bajo las pautas éticas, morales y jurídicas propias de los

funcionarios de la burocracia estatal. El ciudadano, “la población en lista de espera” solo debe acatar. No está en condiciones siquiera de presentar una contrapropuesta. Es decir, los funcionarios solo deben honrar y proteger la vida de aquellas personas de la lista de espera que alcancen cupos, según criterios preestablecidos. No se puede violar ese contrato, aunque cueste vidas. El contrato tácito implica reconocer que existe la “muerte evitable premeditada”.

La quinta cuestión, es cómo se organiza el procedimiento ético que opera esta selección artificial y burocrática. Hacer el mayor bien sería el principio rector máximo de esta forma de organización. Se deja de lado los principios de “no hacer daño” y de la justicia, porque son vistos como derechos mínimos. Además, también se excluye el principio de “la autonomía” del ciudadano porque sería innecesario. Es obvio que el ideal máximo de hacer el bien es el principio de beneficencia desde la óptica de los burócratas. Esa ha sido la mirada que los países civilizados y “desarrollados” usaron para justificar su intervención colonial sobre las culturas “salvajes”. Por su bien, se destruyeron culturas, conocimientos, creencias místicas y religiosas. Se destruyeron los usos y costumbres de los pueblos sojuzgados.

El desarrollo de la ciencia y la tecnología ha demostrado que los recursos son infinitos. La información y la producción material es infinita. Las relaciones entre los hombres determinan y crean la finitud. Los ejemplos más claros son lo del oxígeno y de Internet.

En estas cinco cuestiones se resume aquello que la población percibe como indolencia. Los gobernantes parecen curtidos frente al dolor humano, y han pasado por alto que la vida es un fin en sí mismo. Es urgente recordar que el primer principio de la ética es no hacer daño a la vida, por acción u omisión. Y que la “muerte evitable premeditada” resulta reprochable.





Capítulo 7

Los reclamos de los gobiernos regionales, conflictos de conducción sectorial y el Pacto Perú. Tercera fase de la reactivación económica

Acontecimientos entre el 3 de julio y el
28 de septiembre de 2020

La pandemia y los reclamos de los gobiernos regionales

Se sigue centralizando el poder político en el sector salud

El 30 de junio de 2020 la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR) ha emitido un pronunciamiento contra el Decreto Supremo N.º 144-2020-EF, que recorta el presupuesto de los gobiernos regionales¹. La ANGR etiqueta a este decreto como centralista, debido a que disminuye el presupuesto de inversiones, obstaculiza las oportunidades de desarrollo de las regiones; y solicita su “inmediata derogatoria”. Además, invoca a que se modifiquen las reglas de asignación presupuestal anual, que otorgan al Gobierno nacional más del 70 % y a los 25 gobiernos regionales solo el 18 %. Asimismo, exige que se reinicie el proceso de descentralización, que se encuentra paralizado, y que se genere un trabajo articulado para reactivar la economía del país.

El DS N.º 144-2020-EF autoriza la transferencia presupuestal de más de 1180 millones de soles en el marco del Decreto de Urgencia N.º 029-2020, que aprobó medidas destinadas al financiamiento de la micro y pequeña empresa, además de otras medidas para la reducción del impacto del covid-19 en la economía peruana. El pronunciamiento de los gobiernos regionales se ha producido en un momento oportuno, debido a los estragos de la pandemia, de la recesión económica y los escasos avances en la ejecución presupuestal. El decreto supremo promulgado no guarda relación con los resultados de la evaluación de la ejecución presupuestal en los tres niveles de gobierno.

Por ejemplo, de los más de 32 000 millones de soles asignados a proyectos de inversión solo hay un avance (al primero de julio de 2020) de 14,9 %.

“

El proceso de descentralización, que según el pronunciamiento se encuentra paralizado, requiere una corrección conceptual, debido a que, en sentido estricto, está en marcha un proceso de centralización creciente.

”

Pero, si analizamos cada uno de los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local) se encuentran casi en el mismo porcentaje de avance (16,4 %, 14,0 % y 13,7 %). Además, para los proyectos de inversión para la lucha contra el covid-19, que tienen un presupuesto que asciende a casi 317 millones de soles, la ejecución presupuestal general solo tiene un avance de 7,2 %. Pero si se analiza por niveles de gobierno, se observa que el gobierno nacional solo ha ejecutado 0,5%; mientras que los gobiernos regionales han ejecutado 18,4 % y los gobiernos locales 15,1 %. Es decir, se asigna más dinero al gobierno nacional

que ha tenido menor capacidad de gasto.

El proceso de descentralización, que según el pronunciamiento se encuentra paralizado, requiere una corrección conceptual, debido a que, en sentido estricto, está en marcha un proceso de centralización creciente. La creación de organismos paralelos, comités y grupos de trabajo frente a la estructura organizacional del Estado y del gobierno ha acarreado, en modo progresivo, una centralización del poder político. El modelo fue ensayado en primer lugar en el sector salud, y luego se ha trasladado, poco a poco, a otros sectores.

Se crearon organismos paralelos como el Comando de Operaciones Covid-19, que sustituyeron el trabajo del Consejo Nacional de Salud, en cuyo seno participan el propio Minsa, las sanidades militares, la Sanidad Policial, las municipalidades, los gobiernos regionales, el sector Vivienda, Sunedu, Essalud, los trabajadores del sector; el Colegio Médico del Perú y otros actores. Asimismo, a los Comités Nacionales Permanentes del Consejo Nacional de Salud, que incluyen a las diferentes direcciones generales del sector salud. Por otra parte, los gobiernos regionales poseen sus propios consejos regionales de salud, con similar composición, pero en su nivel de gobierno. La ventaja de esta organización del Sistema Nacional de Salud es que está engarzada con la gestión ministerial. El flujo de información, de financiamiento, de toma de decisiones y de responsabilidades estaba predeterminado. La creación del Comando de Operaciones Covid-19 rompió la unidad de

mando y la cadena de transmisión y responsabilidad al interior de la organización sanitaria, no solo en el nivel central, sino también en los gobiernos regionales. La designación desde Lima *manu militari* de los Comandos Covid, en algunos casos al margen de la opinión de los gobernadores regionales, ha traído serias consecuencias de gestión.

El propio ministro de Salud ha señalado que posee 147 asesores expertos, agrupados en diversos comités y grupos de trabajo; aunque no ha señalado si están a título gratuito o pagados. Lo cierto es que las decisiones que ellos toman deben formalizarse en disposiciones normativas, cuyos responsables son solo los funcionarios de “planta” de la estructura orgánica del sector salud. Es probable que, por estrictas medidas de seguridad, algunos directores generales “repitan” los “estudios” o renuncien para evitar asumir responsabilidades de decisiones tomadas por terceros.

El ejemplo señalado basta para comprender la forma como se ha centralizado el poder político en el sector salud. La confusión entre rectoría y ejercicio centralizado del poder político ha sido funesta, en desmedro de la descentralización. La rectoría y la potestad sancionadora son esenciales para conducir la política nacional de salud, las políticas nacionales y sectoriales, los programas, las estrategias nacionales de salud, las emergencias y desastres, entre otros; pero deben estar alineados al proceso de descentralización, al respeto de la autonomía de gestión y administración de cada uno de los actores del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, el gobierno central, el Minsa, aún no ha sido capaz siquiera de normar “las políticas” y menos reglamentar la potestad sancionadora.

Los estragos de la pandemia y la recesión económica obligan a tomar medidas correctivas con un trabajo articulado entre los tres niveles de gobierno. ¡El país debe avanzar en el proceso de descentralización!



El propio ministro de Salud ha señalado que posee 147 asesores expertos, agrupados en diversos comités y grupos de trabajo; aunque no ha señalado si están a título gratuito o pagados.



¹ Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales. Portal angrorg.pe. Junio de 2020.

El acto médico y la pandemia

Resoluciones aumentan los riesgos de trabajadores de salud

En días recientes los medios de comunicación han puesto en evidencia el sufrimiento de la población que busca atención, y también de los familiares de las víctimas mortales de la pandemia de covid-19. Son escenas desgarradoras. Se ha observado también que el sufrimiento y la impotencia se han transformado, en algunos casos, en ira y violencia. Siempre han existido casos aislados de esa reacción irracional contra los servicios de salud y los médicos luego de un desenlace negativo en la salud de algún paciente. Sin embargo, durante la pandemia la violencia se ha incrementado, y el maltrato físico y psicológico al personal de salud más aún.

Los médicos que están expuestos al contagio del coronavirus, con grave riesgo para su propia familia, deben protegerse incluso de la ira y la violencia de la población. El maltrato y la agresión física y verbal son cotidianos en los establecimientos de salud. Es obvio que el Gobierno, la fuerza pública y los funcionarios deberían brindarles la protección necesaria, pero eso no ocurre. Los mensajes del Gobierno, de los funcionarios de los diversos sectores e instituciones de salud, sobre todo del Ministerio de Salud (Minsa) resultan contrapuestos. Por un lado plantean, en modo público, que las condiciones y recursos para ser atendidos en los establecimientos de salud son óptimos; y por otro lado, esconden la verdadera escasez de recursos de los establecimientos de salud ante la población, y ponen a los médicos dentro de una tenaza. En un brazo está la maquinaria política de los funcionarios; en el otro brazo, la población con sus reclamos. Y estrujados en el centro de la tenaza, los médicos y los servidores de salud. Los casos evidenciados por los medios de comunicación tienen esas características.



Siempre han existido casos aislados de esa reacción irracional contra los servicios de salud y los médicos luego de un desenlace negativo en la salud de algún paciente. Sin embargo, durante la pandemia la violencia se ha incrementado, y el maltrato físico y psicológico al personal de salud más aún.



El sufrimiento y la impotencia también se transforman en procesos judiciales. Denuncias contra los médicos –administrativas, civiles y penales–, que también son empujados desde los más altos niveles de gobierno para que eludan su propia responsabilidad en la gestión de salud. Por ejemplo, ante cualquier queja mediática responden, para salir del paso, que se va “investigar y sancionar a los responsables” y blanden a Susalud y a la Fiscalía para justificar su “rectitud y fortaleza”. Aún no comprenden las autoridades que esa circunstancia podría obligar a los médicos a tomar precauciones y medidas preventivas para evitar los procesos administrativos y la judicialización del acto médico. Es decir, los médicos que arriesgan su

vida y el bienestar de su familia al luchar contra la pandemia deben enfrentar también tediosos procesos administrativos y judiciales, penales y civiles, y ser sujetos de violencia física y psicológica, maltrato y hasta el asesinato.

Las condiciones en que se realiza el acto médico tienen limitaciones de infraestructura, equipos, insumos y medicamentos, equipos de bioseguridad y de protección personal. También hay problemas en el otorgamiento de los beneficios laborales, de los sueldos y de los bonos; así como en la programación de turnos, en las negativas a la autorización del financiamiento de los servicios complementarios, y en las modalidades de contratos laborales precarios, entre otros. Además existe escasa participación de los médicos en la organización y funcionamiento de los establecimientos de salud, para diseñar las condiciones laborales y también los documentos de gestión. Pero, aunque parezca increíble, los médicos asumen la total responsabilidad.

Se han aprobado una serie de normas que obligan al médico, en corto tiempo, a asumir nuevos roles durante el acto médico, debido a la pandemia, con nuevas herramientas digitales, como la telemedicina, la tele consulta, la receta electrónica y muchos otros mecanismos de trabajo a distancia. La profesión médica asume estos retos con el debido cuidado de la intimidad

de los pacientes, de la confidencialidad y del secreto profesional. Es necesario tener en cuenta que hay quienes creen que esos conceptos son vetustos y arcaicos, y que la pandemia es una buena oportunidad para eliminarlos. Sin embargo, la profesión médica, a lo largo de la historia, ha sido custodia de esos principios que son inherentes a la dignidad y a los derechos humanos.

El Gobierno, en el corto plazo ha cambiado, sin motivación alguna, sin evidencia científica, el estatus de riesgo frente al covid-19 del grupo poblacional de 60 a 65 años, así como de las enfermedades asociadas a mayor riesgo. Se han promulgado tres resoluciones ministeriales que señalan a los grupos de servidores de riesgo para enfrentar la pandemia de covid-19. Sin embargo, las primeras dos resoluciones –N.º 239-2020-Minsa (28 de abril de 2020) y N.º 265-2020-Minsa (del 7 de mayo de 2020)– mantienen como factor de riesgo de edad desde 60 años y a los menores 60 que sean portadores de enfermedades de riesgo (comorbilidades). En modo increíble, la Resolución Ministerial N.º 238-2020-Minsa, del 13 de mayo de 2020, ha aumentado la edad de 60 a 65 y ha disminuido el nivel de riesgo de algunas comorbilidades. Esta modificación implica que los servidores de salud están expuestos a asumir mayores riesgos para su vida en el trabajo.

El Gobierno, en el corto plazo ha cambiado, sin motivación alguna, sin evidencia científica, el estatus de riesgo frente al covid-19 del grupo poblacional de 60 a 65 años, así como de las enfermedades asociadas a mayor riesgo.

Es necesario que el Minsa valore el impacto de esa vertical decisión, no solo en los establecimientos a su cargo, sino también en los demás componentes del Sistema Nacional de Salud –Essalud, sanidades militares y Sanidad Policial, los gobiernos regionales, las clínicas privadas, los municipios, entre otros–, a exponer a sus servidores a los mismos riesgos. Las amenazas contra el acto médico deben ser frenadas y erradicadas. El Poder Ejecutivo y el Congreso tienen una gran tarea.

¹ Cuba Herberth. Portal www.rcrperu.com. Julio de 2020

Las clínicas, el SIS y el covid-19

Contrato suscrito con las clínicas generaría judicialización de la atención médica

Luego de la promulgación (el 21 de abril de 2020) del decreto legislativo que regula el intercambio prestacional –es decir, la compra y venta de servicios médicos no solo al propio sector público, sino también al sector privado– se generó una serie de malentendidos, entre los propietarios de las clínicas privadas y los altos funcionarios del Gobierno, sobre el rol del Seguro Integral de Salud (SIS).

La promulgación de la Resolución Jefatural N.º 050-2020/SIS, con la que se aprobó el tarifario “por día para los paquetes de atención de los asegurados al SIS por covid-19 en los servicios de las unidades de cuidados intensivos”, según las propias declaraciones de los funcionarios del Ministerio de Salud (Minsa), fue incomprendida y constituyó el aspecto central del conflicto entre el propio presidente de la República con los propietarios de las clínicas. Es necesario entender que no ha estado en juego la posibilidad de las clínicas de vender sus servicios médicos al SIS, debido a que el DL N.º 1466 ya le había otorgado ese derecho, y que la controversia era la tarifa, el pago por cada uno de los pacientes que serían atendidos en los servicios privados.

Las controversias fundamentales consistían en la modalidad de compra del servicio y los precios que exigía el SIS. El resultado de esa controversia ya es conocido, porque implicó la amenaza presidencial de la expropiación, según el artículo 70 de la Constitución Política del Estado (que señala que “*A nadie puede privarse de su propiedad sino, exclusivamente, por causa de seguridad nacional o necesidad pública, declarada por ley, y previo pago en efectivo de*

indemnización justipreciada que incluye compensación por el eventual perjuicio”).

El mismo día de la amenaza, en horas de la noche, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas y los propietarios de las clínicas firmaron un acta de compromiso que incluía un monto referencial de un poco más de 55 000 soles (más IGV) por todo concepto por paciente. Es lo que se ha dado en llamar “tarifa plana”. El 30 de junio de 2020 se promulgó la Resolución Jefatural N.º 064-2020/SIS, que aprobó “el valor de la tarifa referencial para el empaquetamiento por caso resuelto para la atención de pacientes con covid-19, caso severo en IPRESS privadas y mixtas, en el marco del Decreto Legislativo N.º 1466 y sus disposiciones complementarias, con un monto de 55 626,45 soles, además, del IGV”¹.

El resultado de esa controversia ya es conocido, porque implicó la amenaza presidencial de la expropiación, según el artículo 70 de la Constitución Política del Estado

Hay que tomar en cuenta que el SIS, según el Decreto Legislativo N.º 1158, debería ser un sistema previsional; es decir, de Seguridad Social en Salud, al amparo del artículo 12 de la Constitución Política del Estado. Sin embargo, eso no se cumple porque funciona como un Organismo Público Especializado (OPE), que administra un fondo del Ministerio de Economía y Finanzas, según el Decreto Supremo N.º 058-2011-PCM. Esta controversia permite que el SIS no cumpla con brindar prestaciones médicas, económicas y sociales, con grave perjuicio de la población; además impide asignar con antelación el monto de financiamiento necesario para cada afiliado.

El SIS funciona como un fondo de alivio a la pobreza. En otras palabras, interviene solo para lo que alcance. Además, contraviene el consenso plasmado en el documento “Los objetivos de la Reforma de Salud”, del Foro del Acuerdo Nacional, de octubre de 2015, que señala que se debe “fortalecer el SIS como seguro público, para avanzar hacia la Seguridad Social Universal en Salud”. A pesar de la controversia ya señalada, a través del Decreto Supremo N.º 007-2012-SA, el SIS establece un sistema de tarifas y mecanismos de pago en el marco de los convenios que suscribe con los establecimientos de salud porque, como sabemos, el SIS es solo un fondo y, por lo tanto, no posee ningún establecimiento de salud propio.

El problema es que hasta la fecha no existe un tarifario nacional ni una estandarización del mecanismo de pago para todos los daños o enfermedades. Solo existen acuerdos anuales con las diversas instituciones de salud. El contrato suscrito con las clínicas abre la puerta a un proceso de judicialización de la atención médica en las clínicas privadas, debido a la modalidad de pago por empaquetamiento (o tarifa plana). Por un lado, el SIS mantiene un estricto control del gasto, predecible y fácil de fiscalizar; y por el otro, la clínica debe ajustar su eficiencia para obtener utilidades de la tarifa plana. En esta circunstancia podría haber una controversia entre eficiencia y eficacia terapéutica.

“

Los pacientes podrían entrar en litigio con los médicos y las clínicas, debido a que podrían considerar que la clínica no ha hecho todo lo posible por salvar la vida de sus familiares, con la finalidad de ahorrar y ganar dinero a costa de la tarifa de empaquetamiento.

”

Los pacientes podrían entrar en litigio con los médicos y las clínicas, debido a que podrían considerar que la clínica no ha hecho todo lo posible por salvar la vida de sus familiares, con la finalidad de ahorrar y ganar dinero a costa de la tarifa de empaquetamiento. Los médicos se verán ligados a la práctica de la “medicina defensiva” para evitar futuros litigios legales. La óptima comunicación entre los médicos con sus pacientes y familiares puede verse dañada por ese tipo de contrato.

Luego de tanto conflicto es necesario, de una vez por todas, que el SIS se convierta en un verdadero seguro social pleno para avanzar hacia la Seguridad Social Universal en Salud.

¹ Seguro Integral de Salud. Resolución Jefatural 064-2020/SIS. 30 de junio de 2020. Julio de 2020

Contradicciones en la rectoría del Minsa

¿Todo vale para el creciente centralismo?

Las contradicciones entre los altos funcionarios del Gobierno y el contenido de las normas que se promulgan son cada vez más numerosas. El 12 de julio de 2020 se ha promulgado el Decreto de Urgencia (DU) N.º 083-2020 que, entre otras cosas, intenta resolver la contradicción entre las funciones rectoras del Ministerio de Salud (Minsa) y las del Comando de Operaciones Covid-19. Hay que tomar en cuenta que las funciones rectoras del Minsa están reguladas por el Decreto Legislativo N.º 1161 (diciembre de 2013), por la Ley N.º 30895 (diciembre de 2018), por el Decreto Legislativo N.º 1504, (10 de mayo de 2020) y el DU N.º 025-2020 (11 de marzo de 2020); pero en modo paralelo se han promulgado los Decretos de Urgencia N.º 035-2020 (3 de abril de 2020) y el N.º 083-2020 (12 de julio de 2020). Una maraña de normas que demuestran la incompreensión de la función rectora por parte las autoridades del Minsa y del Gobierno.

Además, el DU N.º 025-2020¹ (11 de marzo) actualizó la rectoría del Minsa para la pandemia y reafirmó que “es el encargado de planificar, dictar, dirigir, coordinar, supervisar y evaluar todas las funciones orientadas a la prevención, protección y control de la enfermedad producida por el covid-19, con todas las instituciones públicas y privadas, personas jurídicas y naturales que se encuentra en el territorio nacional, conforme a las disposiciones de la autoridad sanitaria nacional. Además, que “el ámbito de su competencia articula y dispone las acciones necesarias con la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, el Instituto Nacional de Salud, la Superintendencia Nacional de Salud, el Seguro Social de Salud (Essalud); así como con el Ministerio de Transportes y Comunicaciones, el Ministerio de

“

Una maraña de normas que demuestran la incomprensión de la función rectora por parte las autoridades del Minsa y del Gobierno.

”

Educación, el Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, la Superintendencia Nacional de Migraciones, la Corporación Peruana de Aeropuertos y Aviación Comercial S. A. (Corpac) y cualquier otra entidad pública o privada, para que adopten las medidas preventivas y de control correspondientes”.

Sin embargo, el problema de la rectoría en el Minsa surgió cuando la actual gestión decidió dejar de lado su propia estructura orgánica y crear una estructura paralela, mediante la Resolución Ministerial N.º 155-2020, del 31 de marzo de 2020, que creó el Comando de Operaciones Covid-19, de carácter temporal, solo con el objeto “de implementar, ejecutar, controlar y evaluar el proceso de atención a nivel nacional de los casos covid-19”. Además, incorporó “a Essalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional y la Asociación de Clínicas Particulares”. Es decir, dejó de lado la articulación y coordinación del Consejo Nacional de Salud en el marco del Sistema Nacional de Salud, que tiene en su seno a todas esas instituciones, y otras más, que estaba regulado mediante la Ley N.º 27813. Solo de pasada hay que mencionar que la Ley N.º 27813 ha sido derogada por el DL N.º 1504, del 10 de mayo de 2020, aunque se ha conservado el Sistema Nacional de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

Como es natural, una simple resolución ministerial no podía dejar de lado leyes y decretos supremos y, menos aún, la Ley de Bases de la Descentralización ni la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. Pero al ser un Comando Operativo, “necesitaba traspasar y contravenir” estas normas, para el cumplimiento de sus funciones, como la designación de los funcionarios de los comandos covid en los departamentos, la transferencia de equipos, el manejo de fondos, la cadena y unicidad de mando, etc. Es decir, el ejercicio centralizado del poder político. Algunos gobiernos regionales han dado a conocer sus quejas a través de comunicados públicos.

Frente a ese escenario se promulgó el Decreto de Urgencia N.º 035-2020, del 3 de abril de 2020, introdujo un inciso que modifica la rectoría del Minsa y “dispone que el Comando de Operaciones Covid-19 es la máxima

autoridad operativa a nivel nacional en materia de implementación, ejecución, control y evaluación del proceso de atención de los casos de covid-19. Asimismo, señala, que “todas las entidades públicas de los tres niveles de gobierno, privadas y mixtas sanitarias del territorio nacional acatan las disposiciones operativas que dicte el citado Comando de Operaciones...”.

Aún así, las complicaciones legales del Comando de Operaciones Covid-19 se mantenían debido a la imposibilidad de movilizar recursos de una ejecutora u región a otra. Esto ha sido cubierto con el DU N.º 083-2020 del 12 de julio de 2020, que modifica una vez más la rectoría del Minsa, para autorizar la “movilización de recursos, a fin de asegurar la continuidad de la atención y el servicio de pacientes covid-19; y otras materias vinculadas a la emergencia sanitaria y que le asigne el despacho ministerial”. Es decir, una prerrogativa abierta: “otras materias” y que “le asigne el despacho ministerial”.

Entre los argumentos del DU N.º 083-2020, señala que nos “encontramos en un escenario de transmisión comunitaria actual y en una curva de incremento de casos en el territorio nacional” Es decir, ¿a quién creemos?, ¿estamos en ascenso de la curva, en la meseta o en el descenso de esta? ¿Todo vale para el centralismo creciente? Sin pretextos, es necesario avanzar en el proceso de descentralización.

“

Como es natural, una simple resolución ministerial no podía dejar de lado leyes y decretos supremos y, menos aún, la Ley de Bases de la Descentralización ni la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

”

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto de Urgencia 025-2020. 11 de marzo de 2020.

El cambio de Gabinete y la “nueva realidad”

Un giro ideológico desde la izquierda hacia la centroderecha

El 15 de julio de 2020 ha juramentado un nuevo Gabinete ministerial. La novedad es el regreso de Pedro Cateriano quien, en modo coincidente, también ha sido el primer ministro del cierre del Gobierno de Ollanta Humala. Se ha producido un giro geográfico al interior del Gobierno, porque abandona Moquegua para instalarse en Lima Metropolitana. Es un cambio de personas y de funcionarios que han acompañado al presidente desde el Gobierno Regional de Moquegua hasta el Gobierno nacional. También es un giro ideológico desde la izquierda hacia la centroderecha, como se ha podido comprobar por los nuevos ministros designados en el nuevo Gabinete.

El Gobierno requiere mejorar su relación con el Congreso de la República, sobre todo luego de su pérdida de liderazgo en el proceso de reforma política. Necesita dejar de observar tantas autógrafas (proyectos de leyes) aprobadas por el parlamento y que le han generado confrontación no solo con el propio Congreso, sino también con la población. El Gobierno debe dar un giro desde la confrontación hacia la colaboración. Se hace necesario retomar el principio de colaboración de los poderes del Estado. Además tiene que desactivar las siete interpelaciones a ministros que están en trámite en el Congreso y retomar el liderazgo en la agenda del país.

El Congreso de la República tiene una composición dispersa, debido a que todos los grupos políticos son minoritarios. No hay una mayoría, ni siquiera por alianza, y en consecuencia, cada punto de la agenda, para ser aprobado, configura una mayoría coyuntural solo para ese punto. Además, están en carrera electoral y, como es natural, la primera preocupación –en la que

todos están de acuerdo— es que el proceso electoral sea conducido por un Gobierno neutral, en forma limpia y transparente. La respuesta del Gobierno es la designación de Pedro Cateriano, debido a que ya ha sido premier durante el proceso electoral del año 2016.

También necesita el Gobierno salir del fiasco de la amenaza de expropiación de las clínicas privadas. El mensaje debe ser claro porque la relación entre el Gobierno y el modelo de economía social de mercado está fisurada. El costo político de esa propuesta de expropiación no se ha visto cubierto por los

“

El Congreso de la República tiene una composición dispersa, debido a que todos los grupos políticos son minoritarios. No hay una mayoría, ni siquiera por alianza, y en consecuencia, cada punto de la agenda, para ser aprobado, configura una mayoría coyuntural solo para ese punto.

”

beneficios. El Gobierno, a pesar de la amenaza y del tiempo transcurrido, aún no ha podido establecer una relación fluida de pacientes entre los hospitales públicos y las clínicas privadas (o viceversa).

Además, el Gobierno enfrenta serios problemas de credibilidad en su lucha contra la pandemia; y también en los procesos de reactivación económica y de las elecciones generales 2022. Las reformas planteadas por el Ejecutivo generan inestabilidad y controversia: la reforma del sistema de pensiones, la reforma laboral, la reforma de la salud, la reforma de las instituciones del Estado, entre otras. El famoso término “nueva convivencia” sugiere una reorganización total del Estado, que incluye reformas constitucionales profundas para la época pospandemia. Es decir, en plena pandemia parece existir una agenda paralela para reformar al Estado, al Gobierno y a las relaciones con las empresas y los ciudadanos. Al contrario, un Gabinete de cierre de un periodo gubernamental debería infundir calma, tranquilidad y predictibilidad.

Otro tema pendiente para el Gobierno es resolver la fractura que existe entre las decisiones estratégicas y las acciones operativas en los ministerios. La población ha tomado nota de que muchas de las promesas que ha realizado el presidente, en sus diversas conferencias de prensa, no se han cumplido. Es necesario recomponer y potenciar la gestión operativa del Gobierno.

“

...en plena pandemia parece existir una agenda paralela para reformar al Estado, al Gobierno y a las relaciones con las empresas y los ciudadanos.

”

Pero antes debe reencausar las prioridades nacionales y consensuar una agenda para el país, acorde con la nueva realidad política, surgida del pasado proceso electoral complementario y de las nuevas fuerzas políticas que competirán en las próximas elecciones generales de 2021.

El Gobierno debe dar mensajes claros y simples en los aspectos más importantes y mantenerlos en

el tiempo. Evitar los vaivenes, las contramarchas, las indecisiones que han acompañado a la gestión gubernamental, sobre todo durante la pandemia. Sopesar los decretos de urgencia, acotados con pulcritud al mandato constitucional, y no usarlos en sentido tan amplio que parecen convertirse en pretexto para legislar; basados en el hecho de que, la mayoría de las veces, las normas contienen materia económica y presupuestal. Eliminar la creencia que tiene la población de que existe una competencia entre los poderes Legislativo y Ejecutivo por demostrar quien legisla más y mejor a favor del pueblo.

El nuevo Gabinete debe enfrentar la existencia de exceso de comisiones, comités, grupos de trabajo permanentes y temporales, grupos de asesores y consultores, que generan redundancia, gastos innecesarios y pérdida de tiempo; pero sobre todo, incoherencia en la gestión gubernamental. Desarmar el Gobierno paralelo que con el pretexto de la lucha contra la pandemia se ha erigido con una nueva burocracia, con legislación de emergencia y escaso control.

Las expectativas y la oportunidad de cambio del Gabinete ministerial son adecuadas y coinciden con un momento crucial para la sobrevivencia de la República. Las expectativas son grandes y los retos también.

El Gabinete ministerial y la salud

No han presentado estrategias sanitarias para combatir la pandemia

La juramentación del nuevo Gabinete ministerial no ha traído ninguna novedad en la lucha contra la pandemia. Como sabemos, la hoy ministra de Salud ya se desempeñaba como jefe del Comando de Operaciones Covid-19 desde que se conoció el primer caso. Además, las declaraciones del premier no han puesto énfasis en el tema sanitario, como sí lo han hecho en la reactivación económica y la mejora de las relaciones con el empresariado y con las agrupaciones políticas con presencia en el Congreso, así como en el proceso de elecciones generales en marcha.

El vacío en estrategias sanitarias para combatir la pandemia, contrasta con su importancia. Si bien es cierto que la ralentización de la economía ya era progresiva desde el lustro humalista, su brusca caída debido a la pandemia no tiene parangón en la historia. La prioridad del premier se centra en los sectores de Transportes y Comunicaciones, Vivienda y Construcción, Energía y Minas, entre otros, “con la finalidad de destrabar las inversiones”. Sin embargo, sin el control y erradicación de la pandemia, la reactivación de la economía será una quimera. Es necesario un renovado plan que corrija los errores de enfoque y que, sobre todo, simplifique la gestión sanitaria para hacerla más eficaz.

El sector Salud no solo aporta soluciones para combatir la pandemia, sino que otorga las herramientas científicas y técnicas para la reactivación económica. La información que brinda el Ministerio de Salud (Minsa) es capital para la toma de decisiones gubernamentales y de la sociedad en su conjunto. Una buena información socialmente compartida permite que los ciudadanos

afinen sus cuidados personales, las empresas reinicien sus actividades, los alcaldes decidan sus acciones y los más altos niveles de Gobierno planteen las políticas nacionales y sectoriales. La asignación de recursos públicos y privados tienen esa misma necesidad de información. No hay que olvidar que debido a motivos estrictamente sanitarios se han suspendido una serie de derechos fundamentales garantizados por la Carta Magna.

“

El vacío en estrategias sanitarias para combatir la pandemia, contrasta con su importancia.

”

El mensaje del premier, con énfasis en el destrabe de las inversiones, tiene una doble lectura: por un lado, significaría eliminar todo obstáculo legal y social que impida el funcionamiento de las empresas; en cuyo caso, los impedimentos sanitarios serían una traba más. Por otro lado, que los cuidados sanitarios no son considerados como traba, debido a que serían requisitos imprescindibles que tienen que cumplir las empresas para funcionar. La solución a esta contradictoria lectura solo podría ser resuelta por parte del Gobierno si precisara en qué consiste el “concepto de traba a la inversión.” Una de las más grandes controversias durante la pandemia ha sido la calidad, oportunidad y veracidad de la información relativa sanitaria proporcionada por el Minsa. A los pedidos de los profesionales médicos, salubristas, epidemiólogos, empresarios y gestores de salud, entre otros, se ha sumado el pedido de los políticos y de los congresistas; inclusive se ha planteado la creación de una Comisión de la Verdad para “sincerar y transparentar las cifras del Minsa”. La sociedad exige la veracidad de los informes del Minsa porque incluso, direccionan la forma en que se realiza el proceso electoral.

El Minsa durante la pandemia se ha llenado de comisiones, grupos de trabajo y comités, la mayoría de las veces sin productos. Se ha creado una mayor burocracia, se ha aumentado el número de asesores, se han duplicado las funciones con nuevos organismos y los trámites se han vuelto engorrosos y burocráticos. Existen reclamos de parte de los servidores contratados que se encuentran impagos durante varios meses, en momentos de pandemia. Aún está pendiente la mejora de los suministros estratégicos que brinda el Centro Nacional de Abastecimientos del Minsa (Cenares), que ha contratado un operador logístico de capital español, en plena pandemia. Hay que tomar en cuenta que los recursos estratégicos (medicamentos, insumos, oxígeno, suministros para las estrategias sanitarias, etc.) que necesitan las regiones,

“

El Minsa durante la pandemia se ha llenado de comisiones, grupos de trabajo y comités, la mayoría de las veces sin productos. Se ha creado una mayor burocracia, se ha aumentado el número de asesores, se han duplicado las funciones con nuevos organismos y los trámites se han vuelto engorrosos y burocráticos.

”

las provincias y los distritos, para sus establecimientos de salud, son suministrados por una compra centralizada que realiza Cenares, ahora a través de un operador logístico contratado.

Se ha promulgado una serie de normas para enfrentar la pandemia, que son fuente de permanente conflicto al interior del Sistema Nacional de Salud, y que requieren inmediata derogación. La inconsistencia técnica de algunas normas ha quedado demostrada por la realidad y la práctica de los servidores de salud. Una de ellas, por ejemplo, es la Resolución Ministerial 248-2020-Minsa que norma “el uso apropiado de mascarillas y respiradores por el personal de salud en el contexto del covid-19”¹.

Los reclamos se producen porque diversos grupos ocupacionales se sienten desprotegidos con las mascarillas quirúrgicas, debido a que la pandemia se encuentra en su fase comunitaria, y es imposible distinguir el riesgo que supone la norma en los puestos de trabajo. El simple hecho de interactuar con el público implica un elevado riesgo. Además, los servidores del sector privado, incluso en áreas que no son de la salud, han tomado medidas de precaución mayores que los servidores de salud públicos. Es necesario enfrentar la falsificación y adulteración de la calidad de las mascarillas, así como su “sobreprecio”, con el argumento de la emergencia sanitaria.

El Minsa debe luchar contra la pandemia, contribuir a la reactivación económica y organizar sanitariamente las próximas elecciones. ¡Todo un reto!

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Resolución Ministerial 248-2020-Minsa.

La regionalización y la intervención de Arequipa

Se está empañando el proceso de regionalización

¡El presidente de la República, en su conferencia de prensa del 22 de julio, ha analizado la situación en la región Arequipa y ha lamentado inclusive la muerte del esposo de Celia Capira, la mujer que persiguió a su comitiva cuando visitó el Hospital Regional Honorio Delgado. Arequipa tiene casi 11 000 casos de covid-19 confirmados, alrededor de 600 muertos y el sistema de servicios de salud de la región está colapsado. Las protestas de la población han merecido una respuesta a través de un conjunto de acciones, como la promulgación del Decreto de Urgencia N.º 086-2020, “que dicta medidas extraordinarias para mitigar la crisis sanitaria en el departamento de Arequipa”¹.

El decreto de urgencia no aporta dinero alguno a la región Arequipa. No es un decreto de transferencia de fondos, solo autoriza de “manera excepcional, durante el año fiscal 2020, al Ministerio de Economía y Finanzas a realizar modificaciones presupuestarias en el nivel institucional en favor del Ministerio de Salud, de la Reserva de Contingencia, y la distribución de esos fondos estará a cargo del Ministerio de Salud (Minsa)”. Es decir, son créditos otorgados al Minsa, que además es encargado de su distribución.

Se exceptúa a la Administración Central de Minsa y al Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (Cenares) para “la contratación administrativa de servicios de personal”. Estos contratos temporales de personal deberán reunir los perfiles de puesto y ser registrados en el portal Talento Perú, de la Autoridad del Servicio Civil (Servir). Son registrados, en modo previo, en el Aplicativo Informático para el Registro de

“

Si bien es cierto, que las acciones en el marco de la intervención han sido detalladas con algún nivel de prolijidad, el Gobierno ha omitido legislar el mecanismo del proceso de intervención.

”

Planillas del Ministerio de Economía y Finanzas, a excepción de aquellos contratos que se realicen antes del 30 de agosto de 2020.

La autorización excepcional y temporal para que el Ministerio de Salud realice “intervenciones de tipo administrativo y asistencial en la gestión de salud en el departamento de Arequipa” es la modalidad que ha escogido el Gobierno para eludir el proceso de descentralización y la normatividad que lo sustenta. El decreto de urgencia detalla una serie

de acciones de intervención; por ejemplo, en materia de gestión de recursos humanos, como designar, contratar personal, realizar desplazamientos y trasladar personal; también en materia de abastecimiento, de presupuesto, tesorería y contabilidad para realizar giros, viáticos, gestionar fondos, registrar el gasto, elaborar estados financieros, así como, inversión pública, formulación y evaluación de proyectos de inversión, planeamiento estratégico. Además, la gestión del primer nivel de atención, la gestión hospitalaria, la vigilancia epidemiológica y en las referencias y contrarreferencias, entre otras acciones.

Si bien es cierto, que las acciones en el marco de la intervención han sido detalladas con algún nivel de prolijidad, el Gobierno ha omitido legislar el mecanismo del proceso de intervención. No existe la mecánica de intervención ni la relación con otras normas. Es necesario que se defina el interventor, sus funciones, la relación con el gobierno regional, los mecanismos para retirar de sus funciones a los funcionarios del gobierno regional, la cadena de mando, los flujos de información y recursos, entre otros. La generalidad del decreto de urgencia sobrepasa las limitaciones del artículo 118 inciso 19 de la Constitución Política.

El decreto de urgencia no ha evaluado el impacto de su aplicación en la Ley Orgánica de Bases de Descentralización (Ley N.º 27783, de 2002), en la Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales (Ley N.º 27867, de 2002), en el Decreto Legislativo N.º 1156, y a sus modificaciones, que dicta medidas para garantizar el servicio de salud en los casos que exista un elevado riesgo o daño a la salud y a la vida de la población, a la Ley N.º 31027 aprobada por insistencia por el Congreso de la República el 25 de junio de 2020, a la Ley

N.º 30423 (2016) que incorpora normas a la Ley N.º 26842, Ley General de Salud, a la Ley N.º 30895 de fortalecimiento de la rectoría del Minsa (2018) que aún está pendiente de reglamentación. Es decir, el decreto de urgencia es “extraño” al marco normativo del proceso de descentralización vigente.

“

Es decir, el decreto de urgencia es “extraño” al marco normativo del proceso de descentralización vigente.

”

El proceso de descentralización según la Ley de Bases de la Descentralización otorga competencias exclusivas y compartidas a los gobiernos regionales y locales. La salud es una competencia compartida, por tanto, es necesario definir con claridad qué parte corresponde a cada nivel de gobierno y cómo se engranan los tres niveles de gobierno. Además, el artículo 188 de la Constitución Política del Estado señala que “la descentralización es una forma de organización democrática y constituye una política permanente de Estado de carácter obligatorio, que tiene como objetivo fundamental, el desarrollo integral del país”.

Las dificultades de la implementación del decreto de urgencia, los conflictos que originaría con las autoridades regionales y la ausencia de mayor aporte presupuestal, podrían ser trabas para la lucha contra la pandemia en Arequipa. Los problemas de falta de popularidad y de aceptación del gobernador regional no deberían ser aprovechados por el Gobierno. Es necesario ser cuidadosos para no empañar el proceso de descentralización y no frustrar las expectativas y esperanzas de los ciudadanos.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. decreto de Urgencia 086-2020. 22 de julio de 2020.

La ilusión de la intervención de los gobiernos regionales

Ante los fracasos en la lucha contra la pandemia

Luego de la publicitada intervención al Gobierno Regional de Arequipa, mediante el Decreto de Urgencia N.º 086-2020, se ha creado la sensación de que la solución para el colapso del Sistema Regional de Salud es la intervención del Ministerio de Salud (Minsa). La propuesta de intervención parte de la creencia que el Gobierno Nacional es eficaz y que los gobiernos regionales no tienen capacidad para enfrentar la pandemia porque actúan solos, a su libre saber y entender. Además, varios gobiernos locales parecen haberse desentendido de la pandemia.

La propuesta solo es una ilusión, porque los gobiernos regionales, en la función salud, ya fueron intervenidos mediante el Decreto de Urgencia N.º 025-2020 y la Resolución Ministerial 155-2020-Minsa del 31 de marzo de 2020, con la creación del Comando de Operaciones Covid-19 Nacional y de los comandos de operaciones covid-19 en cada uno de los gobiernos regionales del país, que se instalaron a lo largo del mes de abril. Es necesario recordar que la instalación de estos comandos regionales no estuvo exenta de ciertos conflictos con algunos gobernadores regionales, que sintieron que se les recortaba sus competencias, y, además, porque la conducción de los comandos covid-19 fue realizada desde Lima, priorizando el componente militar.

El Comando de Operaciones, según la RM N.º 155-2020-Minsa, depende directamente del Minsa y tiene como objeto “implementar y ejecutar, controlar y evaluar el proceso de atención a nivel nacional de los casos de covid-19”. Asimismo, “su ámbito de intervención es a nivel nacional, en

el marco de la rectoría del Minsa. Tiene bajo su dirección a todas las entidades públicas, privadas y mixtas sanitarias del territorio nacional, así como, de los demás funcionarios y trabajadores al servicio de las mismas, para la protección de personas, bienes y lugares, pudiendo imponerles servicios extraordinarios por su duración o por su naturaleza". Además, para que la intervención del Gobierno nacional en las regiones sea eficaz, detalla en los artículos 6 y 7 sus competencias y sus acciones. Solo a manera de ejemplo resaltamos "el manejo clínico de pacientes y de las unidades de cuidados intensivos, el aprovisionamiento de recursos estratégicos, la información gerencial e investigación clínica y epidemiológica, la informatización de los procesos, la supervisión, el monitoreo, la evaluación, así como coordinar la movilización de recursos a fin de asegurar la oportunidad de la atención, entre otras".

“

La propuesta solo es una ilusión, porque los gobiernos regionales, en la función salud, ya fueron intervenidos mediante el Decreto de Urgencia 025-2020 y la Resolución Ministerial 155-2020-Minsa del 31 de marzo de 2020, con la creación del Comando de Operaciones Covid-19

”

Los comandos de operaciones covid-19, nacional y regionales, han sido sobrepasados por la pandemia debido a la insuficiente capacidad para el manejo clínico de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos y el exiguo acondicionamiento de estas, las deficiencias del aprovisionamiento de recursos estratégicos (medicamentos, oxígeno, equipos de protección personal) y la escasez de recursos humanos, de laboratorios con insumos y de diagnósticos por imágenes. La sensación de seguridad que proyecta la entrega de la gestión al Gobierno nacional se convierte, de esta manera, en una ilusión.

La capacidad de respuesta del Gobierno está en función de los recursos que posee. Si la pandemia ocurriera región por región, sí sería posible la movilización de recursos en modo itinerante y sucesivo a cada una de las regiones. Sin embargo, la característica de la actual pandemia es que ocurre casi en simultáneo en todo el territorio nacional. La movilización de recursos del Gobierno solo es posible con márgenes muy pequeños. Es

necesario incrementar recursos en modo inmediato. Sin embargo, a pesar de contar con dinero, hay dificultades; por ejemplo, de médicos y otros recursos humanos, porque requieren años de formación. También equipos de cuidados intensivos, laboratorios, plantas de oxígeno, entre otros, porque su fabricación, importación e instalación requieren tiempo. Y los infortunados pacientes, no pueden esperar.

La rapidez y la eficacia de las acciones del Gobierno nacional y del Comando de Operaciones Covid-19 han sido cuestionadas, inclusive con denuncias de corrupción. La lentitud de la burocracia para el suministro de recursos estratégicos ha merecido la autocrítica del propio presidente de la República. Por ejemplo, aún persiste el desabastecimiento de las farmacias del sector público, y en el sector privado se suma la carestía. No solo hay escasez

“

La rapidez y la eficacia de las acciones del Gobierno nacional y del Comando de Operaciones Covid-19 ha sido cuestionada, inclusive con denuncias de corrupción.

”

de medicamentos para el covid-19, sino también para otros tipos de enfermedades, agudas y crónicas, con grave riesgo de la población.

Los gobiernos regionales, en cuyo seno han actuado los comandos de operaciones covid-19 nacional y regionales, han sido reemplazados, en la función salud, por decisiones del Gobierno nacional. Los gobiernos locales vieron limitadas sus acciones debido a la inacción dispuesta por el Gobierno en los puestos y centros de salud del Primer Nivel de Atención, con el consecuente abandono del

enfoque comunitario contra la pandemia. El gobierno paralelo creado por el Comando de Operaciones Covid-19 ha sido rebasado y ha resultado ineficaz en las regiones, pero también en Lima Metropolitana. Es necesario retomar la institucionalidad de cada uno de los tres niveles de gobierno, corregir –en lo que sea necesario–, el proceso de descentralización y perfeccionar los mecanismos de coordinación, articulación y ayuda mutua.

No hay que jugar con la ilusión de la población ni, menos aún, politizar la lucha contra la pandemia.

¹ Portal gob.pe. Resolución Ministerial 155-2020-Minsa. Comando de Operaciones Covid-19. 1 de abril de 2020

El Pacto Perú y la salud

El incremento presupuestal anunciado a casi 20 mil millones es pequeño, frente a las brechas que existe en Salud

El 28 de julio, en el Congreso de la República, el presidente Martín Vizcarra ha leído el mensaje, aprobado por el Consejo de Ministros, como está obligado por la Constitución Política. Luego de las experiencias de los mensajes de los años 2018 y 2019, que generaron controversia y polarización política, este mensaje era esperado con inquietud.

El mensaje presidencial ha sido tranquilo, conciliador: Ha repasado las acciones en ejecución y las que tiene en la agenda hasta el año 2021. Ha reafirmado que asumió “el cargo para completar el gobierno”, además, ha propuesto el Pacto Perú, con la finalidad de pasar “este proceso de transición en paz, con acuerdos mínimos que den marco al debate necesario que se dará en la próxima campaña electoral”¹. Ha propuesto cinco puntos que incluye a la construcción de un sistema unificado de salud, la calidad educativa que elimine la brecha entre educación urbana y la rural, la promoción del crecimiento económico sostenible que desmantele las prácticas anticompetitivas, continuar la reforma política y del Sistema de Justicia, así como, luchar contra la pobreza para cerrar brechas sociales históricas.

A través del Pacto Perú planteado, el presidente asegura su iniciativa política, que esta afectada frente al Congreso de la República, además, amplía de esta manera el espacio político, a otros actores, como de los partidos inscritos en el Jurado Nacional de Elecciones, de tal manera, que la presencia política del Congreso disminuya. El Pacto Perú es la reiteración del Foro del Acuerdo Nacional, con otro nombre, pero que es utilizado para los mismos fines, es decir, asegurar la gobernabilidad y la transición democrática en el 2021.

El mensaje no ha ofrecido novedades desde el punto de vista estratégico ni en la política de gobierno. Ha reiterado sus declaraciones sobre los medicamentos genéricos, que como sabemos, a pesar de la promulgación del DU N.º 017-2019, es una de las mayores debilidades en la lucha contra pandemia. Hay desabastecimiento en los establecimientos farmacéuticos públicos y en los privados, se agrega el alto precio. Ha resaltado las fallas del mercado para enfrentar la pandemia y ha puesto como ejemplo, la promulgación, el 4 de junio, del DU N.º 066-2020, para resolver el desabastecimiento del oxígeno medicinal, sin embargo, hasta la fecha los pacientes carecen de la cantidad y la seguridad de su suministro.

“

A través del Pacto Perú planteado, el presidente asegura su iniciativa política, que esta afectada frente al Congreso de la República, además, amplía de esta manera el espacio político, a otros actores, como de los partidos inscritos en el Jurado Nacional de Elecciones, de tal manera, que la presencia política del Congreso disminuya.

”

La referencia en el sector Salud a mejores condiciones salariales, bonificaciones a miles de servidores y a 22 mil nuevos contratos ha generado controversia. Los gremios laborales han amenazado con huelga en reiteradas oportunidades por incumplimientos de acuerdos pactados, y las protestas en las puertas de los nosocomios se han repetido en todo el país. La distribución de los bonos ha sido injusta y con retraso y se ha incrementado la precariedad salarial y de las condiciones laborales con falta de equipos de protección personal, además, se ha mantenido impagos a los servidores contratados por más de tres meses. No se ha resarcido la exclusión del traslado aéreo de Iquitos a Lima de los médicos graves, con el argumento de que “todos los ciudadanos son iguales”.

Ha señalado que el “mejor homenaje póstumo a los compatriotas fallecidos es construir un sistema unificado de salud”, a través de la unificación de Essalud con el Minsa, sobre la base del aseguramiento universal en Salud. Ha anunciado que el 2021, el presupuesto para el sector salud será de 20 000 millones de soles. Esta propuesta es regresiva. Es decir, quita derechos a la población. En primer lugar, el aseguramiento universal en salud no es

sinónimo de seguridad social universal. En segundo lugar, el SIS tampoco es aseguramiento universal, porque es un programa financiero de alivio de la pobreza, por tanto, incluir a más afiliados, sin mayor presupuesto, implica diluir los fondos en más personas. En tercer lugar, el aseguramiento universal implica la compra de atenciones médicas a empresas privadas, a todo costo, pero a los establecimientos públicos, solo se les reembolsa por concepto de algunos medicamentos, insumos, análisis de laboratorio, entre otros. Además, las compras se basan en listados de enfermedades: las comunes y simples, a través de un Plan Esencial, las más complejas, mediante un Plan Complementario y las más caras, dentro del Plan de Alto Costo. El afiliado tiene derecho solo al Plan Esencial. El resto dependerá de la capacidad financiera del fondo. En cambio, la seguridad social es integral. Essalud cubre todas las enfermedades de sus afiliados. No hay planes ni listados.

Como sabemos, el Seguro Integral de Salud, tiene un presupuesto pequeño; en modo histórico, bordea entre los 1 700 y 2 200 millones de soles. La propuesta del presidente de unificar los fondos de Essalud de más de 11 000 millones de soles con los del Minsa para implementar el aseguramiento universal, implica cargar sobre Essalud, los gastos de atención de los 21 millones de afiliados del Seguro Integral de Salud. La unificación traería consigo el recorte del derecho a la salud de sus propios afiliados.

El presupuesto del Sector Salud asignado para el año 2020 (Lima y regiones) asciende a los 18 600 millones de soles, para cubrir los gastos de la lucha contra las epidemias, los desastres, las emergencias, de las estrategias sanitarias, como vacunación, anemia, salud mental, inversiones, entre otros. El incremento de 1 400 millones para alcanzar los 20 000 millones es pequeño, frente a las brechas que tiene el sector. Es necesario abandonar la política del aseguramiento mercantilista. Convertir al SIS en un seguro social público con cargo al tesoro público y, junto con Essalud, los seguros de las Fuerzas Armadas, de la Policía Nacional y de las aseguradoras privadas, crear y avanzar hacia la Seguridad Social Universal.

¡Proteger y fortalecer Essalud!

¹ Portal gob.pe. Resolución Ministerial 155-2020-Minsa. Comando de Operaciones Covid-19. 1 de abril de 2020.

Mensaje para el mediano y largo plazo

Presidente Vizcarra vuelve a plantear un pacto para tratar los temas de salud

El mensaje del 28 de julio de 2020 del presidente Martín Vizcarra, en cumplimiento del mandato constitucional, ha pretendido transmitir tranquilidad y seguridad a los actores políticos, económicos y sociales. Ha canjeado el presente por una mirada de mediano y largo plazo. Incluso ha creado el instrumento para lograrlo, el Pacto Perú. Ha sido una fuga hacia el futuro. El mensaje no ha sintonizado con la opinión pública, que esperaba cambios estratégicos, sobre todo luego de la renovación del Consejo de Ministros, para mejorar la eficacia y la eficiencia del Gobierno. Especialmente en el manejo de la pandemia, de la economía y de la educación, entre otros sectores.

La reiteración del listado de acciones de gobierno que no han dado resultado o que quedaron solo en los anuncios de los mensajes de los años 2018 y 2019 no ha logrado suplir los inconvenientes de sus anteriores mensajes de confrontación y polarización. Ahora, sin posibilidad de cerrar el Congreso, sin bancada congresal y con agrupaciones parlamentarias pequeñas y disímiles se complica la "imposición" de una agenda desde el Ejecutivo. Las agrupaciones parlamentarias no respaldan a un interlocutor mayoritario con estabilidad en el tiempo, sino solo para cada punto de la agenda del Congreso. El voto de las agrupaciones que conforman una mayoría para un tema de la agenda puede reconfigurarse y ser distinto para un siguiente tema. Además, los congresistas han sido electos recién en enero de 2020 y, en consecuencia, aún mantienen contacto con sus electores. La reiteración de la confrontación del Ejecutivo con el presente Congreso, a pesar de que los congresistas y los partidos políticos son distintos a los del periodo de la polarización, ha sido vista como

“

Ahora, sin posibilidad de cerrar el Congreso, sin bancada congresal y con agrupaciones parlamentarias pequeñas y disímiles se complica la “imposición” de una agenda desde el Ejecutivo.

”

inapropiada constitucionalmente por los plazos. Y además no logró la aceptación popular.

El mensaje presidencial ha demostrado que el Poder Ejecutivo ha perdido la iniciativa frente a las acciones de otras fuerzas políticas y del Congreso. El Pacto Perú, que debería recuperar esa iniciativa, no ha tenido efecto porque es trillado, ya que se ha usado en similares circunstancias, a través del Foro del Acuerdo Nacional. Durante el Gobierno humalista, debido a los graves conflictos del sector Salud –

ocasionados por la promulgación de 23 decretos legislativos, sin debate ni consenso, de la llamada “reforma de salud”– se apeló al Foro del Acuerdo Nacional para salir del entrampamiento a que había llegado la gestión sanitaria. Luego de seis meses de arduos debates, de escuchar y evaluar las propuestas del Ejecutivo sobre el aseguramiento universal en salud y el riesgo de destrucción de Essalud que suponía su implementación, se arribó a un consenso que se plasmó en un documento llamado “Los objetivos de la Reforma en Salud”, cuyo texto excluyó en modo total al aseguramiento universal.

Además, el consenso en salud del Foro de Acuerdo Nacional planteó fortalecer y convertir al Seguro Integral de Salud en un seguro social pleno para avanzar hacia la Seguridad Social Universal en Salud. La controversia había sido zanjada con el acompañamiento de los partidos políticos, la sociedad civil, los sindicatos y los gremios empresariales, entre otros; y por supuesto del Gobierno, que estamparon sus firmas en el Acuerdo. Sin embargo, el Gobierno humalista no implementó nada. Solo ganó tiempo para salir del conflicto.

Luego de cuatro años, el presidente Martín Vizcarra, ajochado por la pandemia y la pérdida de iniciativa política, y en el último año de su mandato, vuelve a plantear un pacto para tratar los temas de salud. Pero aunque parezca increíble, reitera la política humalista del aseguramiento universal, que ya fue descartada en el Foro del Acuerdo Nacional. Es decir, aquella política que precarizó el primer nivel de atención y la Atención Primaria de Salud,

que ahora tanta falta hace, y que mercantilizó la política de salud hasta el extremo de heredar una deuda de más de 2 500 millones de soles al sector privado y público. Costó enorme esfuerzo saldar esas cuentas y combatir el mercantilismo durante el periodo 2016-2017. Solo basta recordar los sonados casos que han relatado los medios de comunicación de entonces. Vaya manera de lanzar el Pacto Perú.

Es necesario replantear la forma de enfrentar la pandemia. Los resultados no son buenos. El enfoque hospitalario, militar y policial debe dar paso al enfoque comunitario. La tarea empieza por reparar los daños de la “reforma humalista” al Primer Nivel de Atención; es decir, de los más de 8 000 centros y puestos de salud que existen a nivel nacional. Además, se debe retomar

“

Es necesario replantear la forma de enfrentar la pandemia. Los resultados no son buenos. El enfoque hospitalario, militar y policial debe dar paso al enfoque comunitario.

”

la articulación Estado-Sociedad. Desde el 2018 en que se promulgó la Ley N.º 30885 de conformación de Redes Integradas de Salud, y a casi cuatro años de la creación de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (Diris), en Lima Metropolitana no se ha hecho casi nada. Las Redes Integradas de Salud deben ser puestas en funcionamiento para lograr la articulación, la coordinación y la ayuda recíproca en el nivel local, con amplia participación social, con la finalidad de eliminar en el nivel local la fragmentación y la segmentación del Sistema Nacional de Salud.

Es necesario corregir las últimas normas que han convertido, equivocadamente, a las Redes Integradas de Salud en sinónimo de enlazamiento de establecimientos de salud, que reafirma el enfoque hospitalario. El consenso y debate son bienvenidos para avanzar hacia la seguridad social universal.

La exposición del premier y la salud

Se insiste en el uso mercantilista de los recursos públicos

El 3 de agosto de 2020 se ha presentado el presidente del Consejo de Ministros, según mandato constitucional, a “exponer y debatir la política general del Gobierno y las principales medidas que requieren su gestión”¹ –con el título: “En la crisis, esfuerzo y unión”– y ha solicitado el voto de investidura al Congreso de la República. Ha dado un mensaje de tranquilidad a los inversores, a las empresas y, además, ha destacado a la inversión privada como el motor del crecimiento. Ha sido una ratificación del modelo económico, de la reactivación y del destrabe burocrático de la economía, así como de la transparencia y neutralidad para el proceso electoral. Se ha propuesto cinco objetivos: luchar contra la pandemia; relanzar la economía, reactivar el aparato productivo y recuperar el empleo; continuar el proceso educativo; luchar contra la corrupción y la delincuencia, y garantizar la realización de elecciones libres, neutrales y democráticas el 2021.

A pesar de que, según el premier, la lucha contra la pandemia es el “objetivo principal”, no se ha planteado un cambio de estrategia. Insiste en el enfoque hospitalario, en las unidades de cuidados intensivos, en el incremento de camas. Ni siquiera se ha aludido al enfoque comunitario. Ha resaltado la inauguración de algunos hospitales y centros de salud, como los de Pacasmayo (La Libertad), Putina (Puno), Challhuahuacho, Haqaira y Cotabambas (Apurímac) y Machu Picchu (Cusco).

Ha señalado que el presupuesto general de República ha destinado 20 000 millones de soles para el sector Salud; es decir, un incremento nominal de casi 1 500 millones de soles frente al presupuesto del año 2020.

“

A pesar de que, según el premier, la lucha contra la pandemia es el “objetivo principal”, no se ha planteado un cambio de estrategia.

”

Y que además ese incremento será destinado al primer nivel de atención; es decir, a los centros y puestos de salud y para la afiliación de un millón de nuevos asegurados al SIS. Sin embargo, en cifras netas, hay una disminución, si tomamos en cuenta los incrementos adicionales para los gastos del presente año debido al covid-19; y con el agravante de que es probable la continuación de la pandemia durante el 2021.

Se ha referido a la adquisición “oportuna y transparente” de las vacunas contra el covid-19. Sin embargo, ha omitido informar si el Perú participa en el proceso de la investigación (ensayos clínicos) de la vacuna para compensar el precio y la prelación de obtener la vacuna al más breve plazo. Asimismo, no han informado si han realizado algún desembolso de fondos por adelantado para asegurar la dotación de vacunas ni sobre la utilidad del fondo rotatorio de la Organización Panamericana de la Salud. El mensaje ha sido genérico y ambiguo.

La referencia al Sistema Unificado de Salud Pública se plantea como solución la rectoría del Sistema Nacional de Salud, a cargo del Ministerio de Salud (Minsa), a través de una “Comisión de Alto Nivel” para su “creación” (sic). Solo hay que recordar que durante el presente Gobierno se ha legislado varias veces sobre el mismo tema. Es grave la omisión del premier frente al planteamiento del presidente de la República para unificar Essalud con El Seguro Integral de Salud, que implica cargar sobre las espaldas de Essalud a los 21 millones afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS). Además, no ha marcado distancia frente a la política de “Aseguramiento Universal” que es la reiteración del modelo humalista que implica el uso mercantilista de los recursos públicos. Solo basta recordar que el financiamiento de cada afiliado al SIS es de 81 soles y el de Essalud es de 1 200 soles. La unificación diluirá los fondos de Essalud entre 21 millones de asegurados adicionales.

Además, en referencia a los temas laborales y al Ministerio de Trabajo, se ha omitido las medidas del Gobierno con relación a Essalud, al problema de su sostenibilidad financiera; sobre todo debido a que la pandemia le ha recargado el gasto en atenciones de salud, no solo de sus afiliados, sino

también de los no asegurados. Además, la pérdida del empleo en el país ha generado la disminución de la recaudación.

Ha anunciado la creación, vía decreto supremo, del Centro Regulador de Servicios de Alta Complejidad; es decir, una forma de formalizar las funciones del Comando de Operaciones Covid-19. Además, la creación, sobre la base de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (Digemid) –que es dependiente del Minsa–, de un Organismo Público Descentralizado de Productos Farmacéuticos y Dispositivos Médicos, en un plazo de 90 días, para centralizar las etapas de regulación autorización y fiscalización para “eliminar la fragmentación” y proveer información al público y asegurar transparencia y eficiencia. La propuesta es esperada desde hace tiempo, como un organismo autónomo, despolitizado y ajeno al mercantilismo. Sin embargo, esa creación no resolverá el pronto suministro de medicamentos útiles para la presente pandemia.

El proceso de sinceramiento de las cifras de fallecidos ha demostrado la falta de transparencia del Gobierno, así como la falta de acceso desde cualquier lugar del mundo a la data sobre la pandemia. Queda pendiente el sinceramiento de las pruebas moleculares para la detección del virus, el número de afectados y las abismales diferencias en las cifras entre los gobiernos regionales y el Gobierno central.

Es necesario corregir la estrategia contra la pandemia y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.

“

La referencia al Sistema Unificado de Salud Pública se plantea como solución la rectoría del Sistema Nacional de Salud, a cargo del Ministerio de Salud (Minsa), a través de una “Comisión de Alto Nivel” para su “creación” (sic). Solo hay que recordar que durante el presente Gobierno se ha legislado varias veces sobre el mismo tema.

”

¹ Congreso de la República. www2.congreso.gob.pe. 3 de agosto de 2020.

El nuevo premier y la emergencia sanitaria

Martos ha tenido a su cargo el programa Te Cuido Perú

El presidente de la República ha tomado juramento al nuevo Consejo de Ministros, debido a que el Congreso denegó el voto de confianza al Gabinete Cateriano. Como sabemos, debido a una sentencia del Tribunal Constitucional de noviembre de 2018¹, que ha interpretado la “crisis total de gabinete” debida a la negativa de la confianza al Consejo de Ministros, según el artículo 130 de la Constitución Política, solo afecta al premier. En ese contexto, el presidente de la República ha renovado solo al presidente del Consejo de Ministros y a cuatro ministros: Defensa, Trabajo y Promoción del Empleo, Energía y Minas, Mujer y Poblaciones Vulnerables.

El Gabinete remozado mantiene el mismo giro ideológico de centro derecha que el predecesor. Se ha reforzado el componente militar, que ha pasado a tener mayor involucramiento político. La ratificación de los ministros que tienen mociones en trámite de interpelación en el Congreso expresa el nivel de confrontación entre ambos poderes del Estado. Luego de la juramentación, en una conferencia de prensa, el presidente ha llamado al diálogo y a la unidad nacional en torno al Pacto Perú. Ha reiterado los cinco puntos señalados en el Mensaje del 28 de julio de 2020, pero ahora a través del Foro del Acuerdo Nacional. Es obvio que el llamado al diálogo y al Pacto Perú, en estas circunstancias, sirve para proyectar la imagen de liderazgo con iniciativa e inclusión política. Difícil tarea, luego de las acusaciones públicas y los desmentidos alrededor de conceptos como extorsión, chantaje, “refundación de la democracia” e inclusive de remembranzas al golpe de Estado por no otorgar el voto de confianza.

En un artículo mío, publicado el 9 de septiembre de 2016 y titulado “El diálogo en la política”, he señalado la importancia y las características del diálogo en la política para lograr acuerdos. El diálogo es la capacidad de renuncia a los propios puntos de vista, dejarlos en suspenso y reconocer a su interlocutor como válido, escuchar sus argumentos y luego arribar a una conclusión que genera un compromiso de cumplimiento entre las partes. La incapacidad de auto renunciar por la creencia en una “única verdad” genera la distorsión y la falta diálogo. Es una actitud que crea mecanismos de falsa superioridad ética y moral para imponerse por la fuerza. Es la división entre buenos y malos. Se produce un proceso de descalificación y exclusión de los otros, que son considerados malos. En estas circunstancias, el sistema democrático republicano entra en crisis, porque han perdido utilidad los instrumentos esenciales de la democracia, como son el respeto mutuo, el diálogo, los acuerdos y el cumplimiento de estos.

El Pacto Perú, ratificado por el presidente en conferencia de prensa, cuya agenda contiene cinco puntos, se podrá plasmar solo en el mediano y largo plazo. Por ejemplo, la “construcción de un sistema unificado de salud que garantice la prestación universal de este servicio para los peruanos de manera eficiente, transparente e igualitaria” requiere tiempo para escuchar, debatir y arribar a acuerdos, promulgar las normas correspondientes y luego implementarlas en modo progresivo en el mediano y largo plazo. Además, esta tarea ya se ha realizado en el Foro del Acuerdo Nacional de 2015. Eso mismo ocurre con los puntos restantes: la calidad educativa, eliminar la brecha urbana y rural, promover el crecimiento económico y desmantelar las prácticas anticompetitivas, la continuidad de la reforma política, y la lucha contra la pobreza. Es obvio que esta agenda no corresponde a un Gobierno de salida, envuelto en la pandemia y con graves crisis económica y financiera, y con el proceso electoral en marcha.

El nuevo Gabinete tiene que sortear una serie de inconvenientes para tender puentes con la clase política y con la población. Y también para resolver los problemas de la emergencia sanitaria, la reactivación económica y mantener una estricta

“

**El Gabinete
remozado mantiene
el mismo giro
ideológico de
centro derecha
que el predecesor.
Se ha reforzado el
componente militar,
que ha pasado
a tener mayor
involucramiento
político.**

”

“

El nuevo Gabinete tiene que sortear una serie de inconvenientes para tender puentes con la clase política y con la población. Y también para resolver los problemas de la emergencia sanitaria, la reactivación económica y mantener una estricta neutralidad en el proceso electoral en marcha.

”

medicamentos, camas y unidades de cuidados intensivos, pruebas moleculares, equipos de protección personal– y descentralizar, en cada una de las regiones, los laboratorios de salud pública. Es necesario implementar el enfoque comunitario para romper la cadena de trasmisión del virus, para la detección precoz y para dar tratamiento al paciente. Y además realizar el seguimiento de los contactos, con la más amplia participación de la población en las Redes Integradas de Salud (RIS), a través del autocuidado, la responsabilidad compartida y la vigilancia social con una eficaz relación entre el Estado y la sociedad.

neutralidad en el proceso electoral en marcha. La ventaja es que el actual premier, cuando fue ministro de Defensa, ha tenido a su cargo el programa vertical de lucha contra la pandemia Te Cuido Perú, que a veces ha suplido la ausencia del enfoque comunitario. Además, ha tenido una relación estrecha con el Comando de Operaciones Covid-19, y conoce de cerca las enormes brechas en recursos humanos y su precaria condición laboral y remunerativa.

Se espera el cambio de estrategia en la lucha contra la pandemia. Pasar del enfoque hospitalario, militar y policial al enfoque comunitario. Es necesario mejorar el suministro de insumos estratégicos –oxígeno,

“

Se espera el cambio de estrategia en la lucha contra la pandemia. Pasar del enfoque hospitalario, militar y policial al enfoque comunitario.

”

¹ Tribunal Constitucional. Jurisprudencia Constitucional. Resolución 0006-2018-PI/TC. 15 de noviembre de 2018.

Premier, pandemia y consenso

Análisis del discurso del premier ante el Congreso de la República

El 11 de agosto de 2020, en cumplimiento del mandato constitucional, el nuevo presidente del Consejo de Ministros, Walter Martos ha expuesto “la política general del gobierno y las principales medidas que requiere su gestión” y ha solicitado el voto de confianza. Luego de solo ocho días de la negativa de la confianza al Gabinete Cateriano, con dos ministros con interpelaciones pendientes y con expresiones duras entre ambos poderes del Estado, la tarea del nuevo premier no parecía sencilla. Los errores más saltantes que brotaron de la negativa de la confianza al Gabinete anterior –como dirigirse a la población al margen del Congreso, excesivo énfasis en la reactivación económica de la gran empresa y confrontar con el Congreso, entre otros– deberían ser corregidos.

La exposición del premier ha tenido un persuasivo título, “Momento de unión y consenso”, y ha redundado sobre los dramáticos momentos que atraviesa el país, debido a la pandemia. Ha mostrado empatía con el sufrimiento humano. Además, el mensaje ha sido dirigido a los congresistas, a quienes ha reconocido como genuinos representantes del país, y ha aprovechado para pedir que a través de ellos se consolide la “unión y el consenso”. Es decir, se ha puesto en el lugar que le corresponde a cada poder del Estado. En ese sentido, ha modificado el énfasis de la preocupación del Gobierno, enfocándose en cinco puntos: la lucha contra la pandemia, la reactivación y el desarrollo económico, la reactivación y el desarrollo social, la seguridad ciudadana, y la lucha contra la corrupción: reforma de justicia y reforma política.

Ha reconocido el premier que el Pacto Perú “representa una apuesta a largo plazo entre los actores políticos en temas concretos, para ofrecer las garantías de que las medidas a ejecutarse tengan sostenibilidad en el tiempo y no estén condicionadas a la coyuntura del momento”¹. Además, ha señalado que el Gobierno ha entrado al final de su mandato y no puede “darse el lujo de confrontaciones estériles”. Ha apelado a la Secretaría Técnica del Acuerdo Nacional; sin embargo, es necesario recordar que no hace

mucho, el 2015, se aprobó un consenso denominado “Los objetivos de la reforma de Salud” para enmendar el equivocado norte de la reforma de salud humalista. Ese consenso propone que el Seguro Integral de Salud se fortalezca y se convierta en un seguro social pleno, y que la salud y la seguridad social son derechos humanos fundamentales. Sin embargo, a fines de 2019, el Gobierno ha promulgado el DU N.º 017-2020, que retoma, contrario al consenso del Foro Acuerdo Nacional de 2015, la reforma de salud humalista. Es decir, a pesar del consenso de abandonar la política de aseguramiento mercantilista, y en su lugar avanzar hacia la seguridad social universal, no se ha hecho caso.

En la lucha contra la pandemia, el primer ministro ha planteado medidas de contención y mitigación con una serie de acciones en los penales, en las comunidades indígenas, en el primer nivel de atención, en la oferta hospitalaria y en sus poblaciones objetivo. No obstante, no ha precisado cuál será la estrategia para lograr esos objetivos, y menos aún los indicadores de desempeño para evaluar la gestión sanitaria. Se ha referido en modo genérico al sinceramiento de las cifras, aunque no ha señalado las correcciones de las deficiencias en la publicación de la data de la pandemia. Además, ha resaltado la comisión de fallecidos para aclarar las cifras. En relación con el abastecimiento del oxígeno medicinal, que es esencial en la pandemia, no ha señalado cuál será el mecanismo para lograr un suministro óptimo.

Ha realizado una referencia especial a las vacunas contra el covid-19. Ha señalado que el Gobierno está próximo a firmar acuerdos con tres laboratorios farmacéuticos para realizar ensayos clínicos, para asegurar precios

“

La exposición del premier ha tenido un persuasivo título, “Momento de unión y consenso”, y ha redundado sobre los dramáticos momentos que atraviesa el país, debido a la pandemia.

”

“

Se ha referido en modo genérico al sinceramiento de las cifras, aunque no ha señalado las correcciones de las deficiencias en la publicación de la data de la pandemia. Además, ha resaltado la comisión de fallecidos para aclarar las cifras.

”

“preferenciales y condiciones favorables”. Además, que antes del 31 de agosto manifestarán el compromiso financiero con la iniciativa CovaxFacility, “liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para asegurar la adquisición de las vacunas”. Es decir, el Perú participará en los ensayos clínicos en el proceso de investigación de la vacuna y además colocará fondos para asegurar la prelación en la obtención de las vacunas.

La lucha contra la pandemia requiere mejorar la mala gestión sanitaria. Por ejemplo, el avance de la ejecución presupuestal de los recursos para

el covid-19 es de solo 36,6 %, y en inversiones públicas, es de solo 14,6 %. Además, hay conflictividad laboral larvada por la pandemia y la emergencia sanitaria. Además el primer ministro ha omitido las graves falencias en los recursos humanos. Hay escasez de profesionales y servidores, actas y acuerdos incumplidos, precariedad y modalidades laborales agraviantes. No ha existido una sola mención a la memoria de los servidores de salud caídos, y menos aún, los mecanismos para evitar más desgracias.

A pesar de la referencia más extensa a la lucha contra la pandemia, aún no ha avanzado hacia el enfoque comunitario. La operación Tayta es una actividad importante y necesaria, pero no implica el enfoque comunitario. No se debe confundir la estrategia con las actividades. Además, los establecimientos de salud del primer nivel de atención, los centros y puestos de salud, han sido aludidos en forma breve, sin mayor relevancia. Ha omitido la ligazón con el enfoque comunitario. Ha abandonado la conformación de las Redes Integradas de Salud; es decir, de la organización sanitaria que permite eliminar la fragmentación y la segmentación del sistema nacional de salud en el nivel local. Y que, sobre todo, permite una más amplia participación social.

¹ Revista la Cámara. La Revista Digital de la Cámara de Comercio de Lima. Agosto de 2020.

Vacunas, pandemia y el presidente

Gobierno insiste en el enfoque hospitalario, militar y policial

El 12 de agosto de 2020, el presidente de la República, en conferencia de prensa, ha precisado aspectos de la exposición del premier al Congreso de la República. Luego ha promulgado el Decreto Supremo N.º 139-2020-PCM¹, que retoma la inmovilización obligatoria de los domingos en todo el territorio nacional; además decretó la cuarentena generalizada en cinco departamentos íntegros y 34 provincias. Se ha limitado la salida de los menores de 14 años a solo 30 minutos, acompañados de un adulto, y resaltó la formalización de la “Comisión de seguimiento, desarrollo, producción, compra y distribución de las vacunas contra el covid-19”. Asimismo, se fortalecerá la atención primaria “para el diagnóstico precoz y tratamiento clínico” en el primer nivel de atención y se ampliará el Operativo Tayta en diversas regiones. Esto se complementa “con el reforzamiento de la Policía Nacional y de las Fuerzas Armadas en operativos e intervenciones multisectoriales para garantizar el aislamiento social y el aforo en mercados, bancos, centros comerciales y paraderos a fin de que no sean centros de contagio, pues, ha habido relajo. Estos operativos serán intensos”. Es decir, ha reiterado, y con más dureza, el enfoque hospitalario, militar y policial para luchar contra la pandemia.

El premier en la exposición al Congreso de la República señaló que la pandemia es una guerra. Luego de escuchar la reiteración de la misma estrategia que no ha dado resultados, constatamos que el concepto de guerra para referirse a la pandemia, según el Gobierno, no es una analogía, sino que es una guerra en modo literal. Además, es de esperar que la mejora de la eficacia y eficiencia de la gestión hospitalaria contra la pandemia no se confunda con la línea dura de la disciplina militar. Sobre todo en momentos en que

“

...ha reiterado, y con más dureza, el enfoque hospitalario, militar y policial para luchar contra la pandemia.

”

los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud sufren serios reveses, producto del fallecimiento de cientos de servidores y de la creciente precarización laboral.

El programa Te Cuido Perú, creado el 14 de abril de 2020 y dependiente del Ministerio de Defensa, es un grupo multisectorial que tiene la función de acompañar y asistir a las

personas que se quedan en sus casas. Está constituido por siete equipos de trabajo: la plataforma digital, equipo de detección de respuesta rápida (Tayta), de seguimiento médico y soporte emocional, de aislamiento, de apoyo alimentario, de vigilancia, y el equipo de tratamiento de fallecidos. Es necesario tomar en cuenta que se ha levantado el derecho a la reserva de la información de la ubicación personal de los peruanos, mediante decreto de urgencia, para luchar contra la pandemia. En ese sentido, el eje central del programa Te Cuido Perú es la plataforma digital de “geolocalización de los ciudadanos”, para lograr precisión en la ubicación de las personas infectadas.

Se persiste en las mismas deficiencias, cuyos resultados ya son conocidos: incremento de la severidad de la pandemia y el deterioro progresivo de la economía nacional. Es necesario cambiar el enfoque sobre bases científicas y abandonar el concepto de guerra. Es obligatorio detectar el virus con pruebas moleculares, dar tratamiento precoz a los positivos y sintomáticos; pero sobre todo, rastrear a los contactos. No basta la geolocalización de la ubicación de los enfermos, se necesita rastrear a los contactos de las personas infectadas. Es necesario rediseñar el programa Te Cuido Perú, transfiriendo funciones a los centros y puestos de salud del primer nivel de atención (centros y puestos de salud) y también a los gobiernos locales. La geolocalización y el rastreo electrónico de los contactos es útil para la vigilancia sanitaria del sector salud. Es necesario que la vigilancia epidemiológica sea útil para la toma de decisiones, sobre la base de la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud. Es decir, repositionar a la vigilancia sanitaria en la lucha contra la pandemia. La incomprensión de la vigilancia sanitaria como herramienta de gestión impide acortar el tiempo entre el conocimiento y la acción.

La capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud incluye el comportamiento de la gente, los estilos de vida saludables, la incidencia en los determinantes económicos, sociales y culturales y la Atención

Primaria de Salud. Eso implica utilizar los últimos conocimientos científicos y tecnológicos para combatir la pandemia, adaptados con procedimientos simples, métodos sencillos y amigables para la población. El cambio de comportamiento y estilos de vida se logra con información, comunicación y educación mediante ejemplos concretos, acopiados por la vigilancia sanitaria, en modo diario, reiterado y sostenible en el tiempo. El enfoque comunitario con la conformación de las Redes Integradas de Salud es la única alternativa al encierro y a la debacle económica de nuestro país.

El enfoque comunitario con la conformación de las Redes Integradas de Salud es la única alternativa al encierro y a la debacle económica de nuestro país.

El Gobierno tiene la obligación de escuchar las necesidades sanitarias de la población. No solo se abandonaron los servicios del Primer Nivel de Atención, centros y puestos de salud, sino también, el cuidado y las atenciones de las otras enfermedades que aquejan a la gente. Asimismo, se han descuidado las estrategias sanitarias. Por ejemplo, se ha dejado de lado la vacunación contra las enfermedades infecciosas y prevenibles, como poliomielitis, fiebre amarilla, influenza y otros. Las cifras que muestran esas brechas son dramáticas.

El Gobierno está obligado a cambiar de estrategia. La tarea es enorme y el esfuerzo de todos es imprescindible.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Supremo N-º 139-2020-PCM. 12 de agosto de 2020.

Plataforma Tecnológica Integrada en Salud

El Perú necesita una política de tecnologías de la información

El Ministerio de Salud (Minsa) ha presentado sus lineamientos de política para enfrentar no solo la pandemia, sino también el desarrollo del sector en el mediano y largo plazo. Se ha denominado “Políticas efectivas en el contexto actual” a los cuatro lineamientos básicos relacionados al acceso, calidad, cobertura y tecnología de la información. Remarquemos que no es posible comprender la magnitud de los lineamientos del sector Salud y del Sistema Nacional de Salud si no se analiza, con detalle, el rol del Ministerio de Defensa con el programa Te Cuido Perú, que contiene la administración de la plataforma de “geolocalización” de cada uno de los ciudadanos del país, además de otros seis componentes o equipos. Sin embargo, esta plataforma de geolocalización es el aspecto más importante y controversial.

Uno de los lineamientos de política del Minsa, como ente rector del Sistema Nacional de Salud, es la “Tecnología, información y comunicación en salud”, que implica una Plataforma Tecnológica Integrada en Salud que permita suministrar información para la acción y comunicación efectiva de los establecimientos de salud del país. A esta propuesta del Minsa le falta la plataforma de geolocalización que ahora administra el Ministerio de Defensa. Y los demás componentes del programa Te Cuido Perú, también deberían ser transferidos al Minsa, y algunos equipos a los gobiernos locales, con la finalidad de alinearlos con las necesidades de las intervenciones sanitarias frente a la pandemia.

Hasta la fecha existe un esfuerzo para almacenar los grandes volúmenes de datos que se producen a diario en el país, y que inciden en modo

“

...no es posible comprender la magnitud de los lineamientos del sector Salud y del Sistema Nacional de Salud si no se analiza, con detalle, el rol del Ministerio de Defensa con el programa Te Cuido Perú, que contiene la administración de la plataforma de “geolocalización” de cada uno de los ciudadanos del país, además de otros seis componentes o equipos.

”

directo en la salud. Sin embargo, hay dificultades en la integración de la información en un mismo e intercambiable lenguaje. La competencia entre las empresas que pretenden implementar el “lenguaje único”, con fines comerciales y de predominio en el mercado, complican esa integración. Además, existen barreras legales creadas para la protección en la compartición e intercambio de datos de la esfera de los derechos humanos y de la propiedad intelectual que, entre otros, frenan con justicia ese proceso de integración. Aunque la pandemia ha permitido la supresión en parte de esas barreras legales, que los ciudadanos han consentido, en cierta medida, por miedo al covid-19, pero la competencia por el mercado y la supremacía política ponen en entredicho su utilidad.

Por ejemplo, la implantación progresiva de la historia clínica electrónica genera enormes volúmenes de datos complejos y no estructurados, como la combinación de imágenes, videos, cifrados, diagramas y textos, entre otros, que requieren el uso de nuevas tecnologías para gestionar y valorar esos datos masivos. Además, el descubrimiento del genoma humano, de la proteómica, la biotecnología, la genética, las ciencias sociales y las ciencias del comportamiento humano y otros más, plantean a la medicina y a la salud pública grandes retos, que requieren normas legales estrictas que cautelen los derechos humanos fundamentales. Esos silos de información deberían estar custodiados por el sector Salud, bajo responsabilidad.

El rol de los médicos, de los profesionales y demás servidores de salud en el acopio y la documentación digital de datos sobrecarga el trabajo y aumentan el esfuerzo, sin reeditar en modo directo en su quehacer profesional. Además, exige un incesante proceso de capacitación en las nuevas tecnologías de la información y en la precisión del lenguaje científico. En nuestro país el



Es necesario evaluar y ponderar el nuevo rol de estas tecnologías en la responsabilidad profesional, en la propiedad intelectual y en los derechos de los pacientes.



esfuerzo para almacenar datos aún no es seguido con la creación de información y nuevo conocimiento. Además la información que requiere el Sistema Nacional de Salud no solo es la que produce el propio sistema, sino también la información de otros componentes de la sociedad; es decir, aquellos que permiten comprender “cómo vive la gente”. En ese sentido, es necesario, por lo menos, información de los determinantes económicos, sociales y culturales en tiempo real; y a veces, de detalle en el nivel local.

El uso de las redes sociales en las que los profesionales médicos están inmersos para interactuar entre ellos, con sus estudiantes y con sus pacientes —así como los pacientes entre ellos mismos— tienen un crecimiento exponencial, seguido por intereses comerciales, como cualquier otra red social. La utilidad es obvia, por ejemplo, en telemedicina, telesalud, teleprescripción (receta), etc. Es necesario evaluar y ponderar el nuevo rol de estas tecnologías en la responsabilidad profesional, en la propiedad intelectual y en los derechos de los pacientes. Hay que tomar en cuenta que el desarrollo de estas nuevas tecnologías, siguen el vaivén de la enorme competencia en el mercado de la innovación tecnológica. Los avances, retrocesos y demoras en el sector Salud obedecen, la mayoría de las veces, a conflictos de competencia mercantil.

El Perú necesita una política de tecnologías de la información en modo inmediato, pero con la mirada puesta en el mediano y largo plazo. La división entre el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Salud complica el proceso. Las nuevas corrientes de la medicina y la gestión sanitaria — como la deshospitización, el tratamiento en pequeños establecimientos de corta estancia, el tratamiento ambulatorio, la libre elección con participación social, entre otros— plantean la conformación de Redes Integradas de Salud para intervenir en los determinantes económicos, sociales y culturales y en la Atención Primaria de Salud. Sin embargo, eso no es posible al margen de la gestión de grandes volúmenes de datos, información y conocimiento científico.

Conflictos en la conducción de la lucha contra la pandemia

Entre el Ministerio de Defensa y el Ministerio de Salud

El 20 de agosto de 2020, en la conferencia que sostuvo el presidente de la República sobre las negociaciones para obtener la vacuna contra el covid-19, el presidente del Consejo de Ministros precisó la estrategia global que implementa el Gobierno para enfrentar la pandemia, que ha desatado controversias. Los actores principales en la conducción de esta estrategia son el presidente, el premier, el ministro de Defensa y la ministra de Salud. En ese orden, porque es la expresión política del enfoque hospitalario, militar y policial que aplica el Gobierno contra la pandemia de covid-19.

La exposición del premier ha recalcado el trabajo que realiza el Ministerio de Defensa a través del programa Te Cuido Perú y con los equipos de respuesta rápida, denominados Tayta, en la contención de la pandemia. Ha dejado de lado el rol del Ministerio de Salud, de los gobiernos regionales y del primer nivel de atención; es decir, de los 8 000 centros y puestos de salud. Además, señaló que ha ampliado la participación, dentro de las brigadas Tayta, de otros actores, como los gobiernos regionales, empresas privadas, iglesias y otros. Es importante indicar que estas brigadas siguen la lógica de las acciones cívicas que realizan las Fuerzas Armadas. Son acciones asistencialistas, de provisión paternalista de servicios para la gente vulnerable.

El premier ha señalado que la operación Tayta es parte de la estrategia de contención contra la pandemia, que consiste en la detección temprana de los enfermos, tratamiento temprano y seguimiento de las personas infectadas, en forma masiva y multisectorial, con la "participación de miles de personas".

Se colocan puestos fijos y algunos móviles que visitan casa por casa, en los distritos con el mayor número de infectados. Estas brigadas toman las pruebas rápidas y de obtenerse positivos, se les da tratamiento temprano y se les aísla en casa. El ministro ha recalado que lo más importante es el examen clínico; es decir, el examen y diagnóstico de los enfermos que hace el médico. Y si se constata el covid-19, en modo inmediato empieza el tratamiento temprano y el aislamiento. “Es la forma de bajar la carga viral” (sic) porque la tarea de que las personas no se infecten, es de cada uno”. En otras palabras, un problema de cada persona.

“

Los actores principales en la conducción de esta estrategia son el presidente, el premier, el ministro de Defensa y la ministra de Salud. En ese orden, porque es la expresión política del enfoque hospitalario, militar y policial que aplica el Gobierno contra la pandemia de covid-19.

”

Se desprende, del relato del premier, que se ha dejado de lado el corte de la cadena de transmisión del virus en la comunidad. Ha pasado por alto la promoción de la salud, los estilos de vida saludables y la intervención en los determinantes económicos, sociales y culturales; así como la participación social de la comunidad, mediante la estrategia de la Atención Primaria de Salud. Además ha omitido a la prevención que —mediante métodos sencillos y científicamente fundados— la población asume luego de una adecuada información, comunicación y educación, con la articulación de los tres niveles de gobierno y los diversos ministerios, sectores y de la población en general. Es decir, a la articulación Estado-Estado y Estado-Sociedad.

El premier, ha dejado de lado la detección precoz del virus a través de las pruebas moleculares, y el aislamiento de los positivos aún antes de que muestren síntomas. Por ejemplo, basarse en el examen y diagnóstico clínico de los enfermos ya no es detección precoz sino tardía. Ha faltado el enfoque comunitario, mediante la articulación de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención con la más amplia participación social, con la conformación de la Redes Integradas de Salud. Pero quizá lo que más preocupa es que crea que existe un tratamiento eficaz y temprano contra el covid-19, cuando sabemos que aún no existe.

“

El premier, ha dejado de lado la detección precoz del virus a través de las pruebas moleculares, y el aislamiento de los positivos aún antes de que muestren síntomas.

”

El premier explicó la fase de mitigación, a través de la optimización logística de la respuesta hospitalaria del segundo y tercer nivel de atención. La nula rotura de la cadena de transmisión del virus en la comunidad, cuya consecuencia son los miles de enfermos y muertos evitables, como producto de la escasez de recursos, de infraestructura, de equipos y suministros sanitarios, de medicamentos y recursos humanos. Además, resulta un agotamiento

progresivo de la conducción sectorial y una afectación de la salud y muchas muertes de los médicos y servidores de salud que atienden a los pacientes en modo directo.

La constatación del premier de que la pandemia ha llegado a muchos lugares y en modo simultáneo, no hace sino demostrar que la multiplicación de las Brigadas de Acción Cívica del Ejército no se dan abasto, a pesar de los miles de nuevos contratos de personal. Además se han creado conflictos en los centros y puestos de salud del Primer Nivel de Atención, que es donde acude en modo regular la población; y como no obtienen respuestas a sus dolencias, reclaman e incluso maltratan al personal. Ocurre también que algunas Brigadas de Acción Cívica del Ejército, Operación Tayta, se instalan en los ambientes de algún centro de salud, toman las pruebas rápidas luego de grandes listas de espera y se retiran. Sin embargo, la población que no alcanzó cupo para las pruebas exige atención a los “servidores de planta» del centro de salud que, como sabemos, no cuentan con suministros ni equipos. Urge cambiar de estrategia. ¡El Minsa debe estar al mando! ¡Zapatero, a tus zapatos!

Los lineamientos de política y el Minsa

Se requiere una mayor reflexión y empatía con el sufrimiento de la gente

En días recientes el Ministerio de Salud (Minsa) ha presentado los lineamientos de política, bajo el abigarrado título: “Construcción del marco de una nueva política en salud, reorientación, articulación e integración de los servicios y afinamiento de las estrategias en salud”¹, lo que merece una reflexión porque expresa las dificultades de las autoridades para transmitir, en modo coherente, sus acciones y sus miras para el mediano y el largo plazo. La redacción mezcla una serie de aspectos que constituirían “nuevas políticas de protección social para el bienestar”; como, por ejemplo, “servicios de calidad a los que menos tienen (salud, educación y seguridad), redes de salud integrados (sic) que cubran la atención a los trabajadores ante choques temporarios (seguros de desempleo) y redes que lleguen a los informales y a las clases medias vulnerables y en riesgo”. Hay algo que no calza, porque se refiere a los lineamientos de política del Minsa y no a los de la Presidencia del Consejo de Ministros o de otro ministerio, como Trabajo y Promoción del Empleo, Inclusión Social, Educación, Economía y Finanzas, etc. Hay que señalar que, por regla general, un ministro no debe inmiscuirse en la función de otro ministerio, y menos en el diseño de las políticas de sus respectivos sectores. El entusiasmo de los lineamientos del Minsa abarca desde la propuesta de seguros de desempleo hasta la creación de redes para los informales, clases medias y vulnerables. Sin embargo, no precisan a qué tipo de redes se refieren y que entienden por “choques temporarios”.

Luego de lanzar los lineamientos, identifican “las situaciones críticas y las líneas de intervención”, sobre la base de una “insuficiente gestión y prestación efectiva territorial” y enumera la “limitación del oxígeno y los medicamentos,

equipos de protección personal e inseguridad, financiamiento limitado y no orientado a resultados sanitarios, expansión insuficiente de servicios de salud e insuficiente personal CAS y Terceros en la Atención Primaria y especializada”. Es obvio que la superficialidad en la identificación de las situaciones críticas determinará acciones superfluas y tangenciales. Además hay desajuste en la cascada de objetivos operacionales, porque hay incoherencia entre los lineamientos generales y los problemas puntuales.

El entusiasmo de los lineamientos del Minsa abarca desde la propuesta de seguros de desempleo hasta la creación de redes para los informales, clases medias y vulnerables.

Las nuevas cuatro políticas, “acceso, cobertura, calidad y tecnologías de la información”, son insertadas sin correlación con “los lineamientos”, y menos aún con las “situaciones críticas identificadas”. Por ejemplo, para mejorar el acceso plantea “la creación de subsistemas regionales y macrorregionales territoriales de salud” mediante macrorregiones con un coordinador en el norte, (Tumbes, Piura, Lambayeque, Cajamarca, Amazonas, La Libertad y Áncash), oriente (Loreto, San Martín, Ucayali, Madre de Dios y Huánuco), centro (Pasco, Junín, Huancavelica, Apurímac, Ayacucho e Ica) y sur (Arequipa, Moquegua, Tacna, Cusco y Puno), a través de un equipo de trabajo que incluye: “especialista en administración, presupuestador, especialista en servicios de salud, sectorista del Ministerio de Economía y Finanzas, ingeniero de sistemas/estadista en salud, Susalud y el Seguro Integral de Salud”. No precisa el documento la situación de Lima Metropolitana, Lima Provincias y el Callao en las divisiones de “los ámbitos macrorregionales”. Como no existe una correlación entre la situación crítica, las líneas de acción y las propuestas de política, es imposible darse cuenta si en realidad existe una omisión. El equipo gerencial macrorregional tiene entre sus funciones facilitar la gestión regional, integrar la información, asistir técnicamente, recoger iniciativas regionales para proponer normas y acompañar a la autoridad regional.

No queda claro si esta nueva organización es solo para enfrentar la pandemia o es una propuesta de reorganización del sector Salud para el mediano y largo plazo, debido a que va unida a la propuesta de “Cambio a un Sistema Unificado en Salud y culminación de la Universalización de la Salud”. Además, fuera del enunciado de un Sistema Integrado de Salud no ha proporcionado pista alguna que aclare cómo sería ese sistema. Asimismo, la “culminación de

“

Además, fuera del enunciado de un Sistema Integrado de Salud no ha proporcionado pista alguna que aclare cómo sería ese sistema. Asimismo, la “culminación de la universalización de la salud” más parece un eufemismo porque, como señala el propio documento, existe una “sobredemanda de atención”.

”

la universalización de la salud” más parece un eufemismo porque, como señala el propio documento, existe una “sobredemanda de atención”. Es decir, la oferta de servicios de salud es menor a las necesidades de la población. ¡Vaya universalización!

La parte más complicada de los lineamientos del Minsa es la que se refiere a los recursos humanos. Señala seis situaciones críticas a revertir, “pago inoportuno y discontinuo del personal ante el covid-19, inseguridad del personal, insuficiente personal especializado y general, limitados horarios de atención en los puestos, centros de salud y hospitales, insuficiente capacitación en el manejo del primer y segundo nivel de atención

y el uso de las horas complementarias”. Cada una de las situaciones críticas generan, para su solución, una serie de acciones que en realidad son verdaderos vericuetos administrativos, que tienen como denominador común la precaria gestión del Minsa. Además, los reclamos de los gremios ni siquiera han sido tomados en cuenta. Las situaciones críticas son más y de mayor conflictividad, e incluyen reclamos airados y huelgas.

Los lineamientos de política ofrecidos por el Minsa requieren una mayor reflexión y empatía con el sufrimiento de la gente. Además de mayores conocimientos técnicos para redactarlos. La incoherencia entre fines y medios es clamorosa. No es posible que mientras el país sufre los estragos de la pandemia, quien debe cuidarnos no ofrezca una propuesta razonable para hacerlo. ¡Basta de improvisación!

¹ Congreso de la República. Presentación de la ministra de Salud, Pilar Mazzetti, en la Comisión de Salud y Población. Agosto de 2020.

La transparencia y la huelga médica

Análisis del comunicado del Ministerio de Salud

El 26 de agosto de 2020 el Ministerio de Salud (Minsa) ha emitido un comunicado¹ con relación al paro médico de 48 horas del sector Salud. El comunicado tiene seis puntos y concluye expresando la “preocupación por la paralización nacional en momentos en que la población tiene mayor urgencia por la atención de su salud, como consecuencia de la pandemia.” Hay que señalar, en aras de la transparencia, que la redacción del comunicado es tan ambigua, con un lenguaje administrativo y burocrático, que es imposible comprender si en realidad hay diálogo y si las demandas, materia del conflicto laboral, han sido tomadas en cuenta o tienen visos de solución.

Por ejemplo, el punto seis, sobre “la situación de los médicos mayores de 60 años”, señala que “representantes del Ministerio se reunieron para precisar los alcances de la norma vigente en este ámbito” (sic). Es decir, el Minsa presume que los médicos no tendrían capacidad para entender las normas, por tanto es necesario que los funcionarios los ayuden en la comprensión lectora. Además, no se precisa cuál es la naturaleza del problema ni si la solución ya ha sido concretada. Es necesario recordar que la norma señalaba que los mayores de 60 años y aquellos que poseían un listado de enfermedades no deberían realizar trabajo presencial, sino remoto. El Minsa subió la edad a 65 y aumentó el nivel de gravedad de las enfermedades incluidas en el listado, sin ninguna evidencia científica ni razón valedera. En conclusión, se ha expuesto a mayor riesgo a los servidores de salud.

El punto cinco incluye la siguiente frase con relación al incremento del tercer tramo de la escala salarial correspondiente al año 2020: “Se mantiene en

“

Hay que señalar, en aras de la transparencia, que la redacción del comunicado es tan ambigua, con un lenguaje administrativo y burocrático, que es imposible comprender si en realidad hay diálogo y si las demandas, materia del conflicto laboral, han sido tomadas en cuenta o tienen visos de solución.

”

evaluación, en vista que el sector ha concentrado sus esfuerzos en mejorar los servicios de salud del primer nivel para enfrentar la pandemia”. La paradoja es que, por orden del Minsa, durante la pandemia los puestos y centros de salud del Primer Nivel de Atención casi han estado cerrados. Como sabemos, para enfrentar la pandemia el Gobierno utiliza la estrategia hospitalaria, militar y policial. En ese sentido, el rol del Primer Nivel y del enfoque comunitario están excluidos.

El cuarto punto está en relación con la exigencia de la reglamentación de la Ley N.º 30895, que fortalece la función rectora del Minsa, que según el comunicado “se encuentra en proceso de aprobación”. Sin embargo, según la burocracia, esa

reglamentación está “en proceso de aprobación” desde diciembre de 2018. Hasta ha habido tiempo para introducir modificaciones a la Ley N.º 30895, mediante el Decreto Legislativo N.º 1504, que le ha quitado fuerza a la potestad sancionadora del Minsa. La pandemia ha puesto en evidencia la autonomía de la mayoría de los gobiernos regionales frente al gobierno central. Y se han puesto sobre el tapete las dificultades de la articulación entre los tres niveles de gobierno: local, regional y nacional. El fortalecimiento de la rectoría es imprescindible.

El punto tres se refiere al pago de los bonos covid. El comunicado no aclara si se ha cumplido con lo dispuesto en las normas, aunque dice que se ha pagado, y que se ampara “en la información entregada por las direcciones regionales” correspondiente a marzo, abril y mayo. Reconoce el Minsa “que quedan pendientes de pago los meses de junio y julio”, aunque, al mes de agosto, ni lo menciona. Es necesario remarcar que la problemática del bono incluye no solo que se pague, sino también que se pague completo y a todos. El abuso de los funcionarios por el “prorrato” del bono, ha llevado a que el bono se reduzca, en muchos casos, de 720 a solo 40 o 60 soles. Además, la

lógica del Minsa es que primero se trabaja, luego se evalúa, se audita –por establecimiento de salud, por región– y se informa al Minsa –que espera hasta recabar y centralizar la información nacional para remitirla al Ministerio de Economía y Finanzas– y finalmente se promulga un dispositivo legal que autoriza el pago en modo progresivo. El vericuerdo burocrático es increíble. A las quejas por la demora del pago de los bonos responden con la mutua recriminación entre la sede central del Minsa y las direcciones regionales de salud: “Las regiones no informan” y “ya se ha informado, pero el Minsa se demora”).

“

El Minsa subió la edad a 65 y aumentó el nivel de gravedad de las enfermedades incluidas en el listado, sin ninguna evidencia científica ni razón valedera. En conclusión, se ha expuesto a mayor riesgo a los servidores de salud.

”

El segundo punto, se refiere a la “entrega de 95 millones de unidades de equipos de protección personal”; sin embargo, el comunicado no precisa cuál es la brecha. Esa cifra no tiene contexto ni referencia. ¿Es poco?, ¿es mucho? La queja es por la carencia y calidad de los equipos de protección. El Minsa no ha aclarado si ha distribuido en cantidad y calidad suficientes. Además ha habido denuncias por la insuficiente cantidad y, a veces, la mala calidad de los equipos de protección. Incluso la Fiscalía tiene encausados a varios altos funcionarios. Parece raro que exista tal desinformación, reflejada en la ambigüedad y las evasivas del

comunicado, a pesar de que el Minsa señala en su primer punto que se ha reunido hasta 12 veces con el gremio médico.

Lo más triste es que los seis puntos no reflejan la totalidad de los reclamos y menos aún las necesidades de la población. ¡Urge veracidad, transparencia y, sobre todo, liderazgo!

¹ Ministerio de Salud. Portal minsa.gob.pe. 26 de agosto de 2020.

El presupuesto 2021 y la salud

Urge un incremento de presupuesto para salud¹

El 29 de agosto de 2020 el Poder Ejecutivo ha remitido al Congreso de la República el Proyecto de Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021, que asciende a casi 183 030 millones de soles. El Gobierno central tiene asignado casi 129 044 millones de soles, los gobiernos regionales casi 33 093 millones de soles y los gobiernos locales casi 20 894 millones de soles. Representa un incremento del 3,2% respecto al presupuesto del año 2020. Si bien es cierto que se observa un ligero incremento nominal en el Gobierno central y en los gobiernos regionales, sin embargo existe una disminución de aproximadamente 100 millones de soles para los gobiernos locales o municipales. Una vez más se mantiene el centralismo en la ejecución presupuestal, con el agravante de que en el año 2021 los gobiernos locales deberán asumir un creciente rol en paliar los efectos negativos de la pandemia y, por tanto, en la realización de diversas actividades sanitarias relacionadas con el enfoque comunitario y el alivio de la población frente los estragos de la pandemia.

Es necesario tomar en cuenta que el presupuesto tiene entre sus ingresos a los recursos por operaciones de crédito de casi 47 652 millones de soles; es decir, alrededor del 26% del presupuesto. Recordemos que en el Proyecto de Presupuesto para el año 2020, la fuente por operaciones de crédito ascendió a casi 21 239 millones de soles; en otras palabras, en el año 2021 se prevé un endeudamiento de más del doble frente al proyecto de 2020. Además, existe una reducción de ingresos de casi 18 000 millones de soles en la fuente de recursos ordinarios y de casi 2 000 millones de soles de los recursos

directamente recaudados. Entonces la brecha de la disminución de los ingresos ordinarios y los directamente recaudados será cubierta por operaciones de endeudamiento. Es necesario que se asuman algunos mecanismos para mejorar la eficiencia del gasto público.

El Presupuesto para el Sector Salud, asciende a 20 940 millones de soles y representa el 11,4% del Presupuesto General de la República. El año 2020 el presupuesto ha sido de 18 495 millones de soles, que representó el 10,4% del Presupuesto de la República; es decir, implica un incremento de 2 445 millones de soles. Sin embargo, hay que tener en cuenta que en el año 2020 ha habido un presupuesto adicional para la lucha contra la pandemia de 2020 que, hasta la fecha, asciende a 3 600 millones de soles. Si tomamos en cuenta la asignación adicional de 2020, el presupuesto para el año 2021 para la salud será menor al del año 2020, en 1 155 millones de soles.

“

Si tomamos en cuenta la asignación adicional del año 2020, el presupuesto para el año 2021 para la salud será menor al del año 2020, en 1 155 millones de soles.

”

Se han considerado dentro del Presupuesto de la República 1 272 millones de soles para la pandemia, en adquisiciones de equipos de protección, personal, pago de personal, continuidad del personal contratado por la pandemia de covid-19, la adquisición de medicamentos y oxígeno. Nótese la enorme diferencia frente a lo ya gastado hasta el mes de agosto del presente año. Es menos del doble. Es necesario que la evaluación de los requerimientos para enfrentar la pandemia y las secuelas de este obtengan un presupuesto más realista.

El proyecto de presupuesto autoriza la transferencia de fondos a Essalud, través del Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, para garantizar la operatividad de los centros de atención y aislamiento temporal a nivel nacional, así como de la Villa Panamericana, y más de 2 700 millones de soles para todos los gastos destinados a la prevención del covid-19. Es una buena noticia porque, como sabemos, Essalud se ha hecho cargo de una serie de gastos frente a la pandemia, sin diferenciar ni discriminar, entre afiliados y no afiliados. El Gobierno central está en la obligación de resarcir y reponer esos gastos. Además, la sostenibilidad financiera de Essalud está

“

Es obvio que los mecanismos de reactivación económica promovidos por el Gobierno deberían engancharse con la obligatoriedad de cumplir con los aportes a Essalud, e incluso con el pago de las deudas atrasadas.

”

en riesgo, porque los aportes de las empresas con cargo a la planilla de sus trabajadores han disminuido por el incremento del desempleo, asimismo porque miles de empresas han dejado de operar. Es obvio que los mecanismos de reactivación económica promovidos por el Gobierno deberían engancharse con la obligatoriedad de cumplir con los aportes a Essalud, e incluso con el pago de las deudas atrasadas.

Es necesario resaltar la importancia de un adecuado financiamiento de los 12 programas presupuestales en Salud; por ejemplo, el articulado

nutricional, salud materno neonatal, TBC-VIH/sida, prevención y control del cáncer; además de los otros restantes. Sin embargo, a duras penas ascenderá en el año 2021 a 8 021 millones de soles, frente a 7 909 millones de soles del año 2020; un magro incremento de un poco más de 100 millones de soles. La pandemia ha golpeado la ejecución de estos programas por la aplicación de estrategias equivocadas por parte del Minsa, para enfrentar la pandemia. La reorientación del presupuesto para retomar y fortalecer la salud pública implica recursos adicionales para revertir el deterioro ocasionado por la pandemia de covid-19.

El debate congresal concluye a finales del mes de noviembre, plazo suficiente para corregir las prioridades y las cifras en función de la evolución de la pandemia. El Gobierno debería dar señales claras, con hoja de ruta incluida, para mejorar la eficiencia del sector público y de esta manera, liberar más recursos para el sector salud. ¡Urge un incremento presupuestal para la salud!

¹ Cuba Herberth. Portal cuba.pe. Agosto de 2020.

Cenares, medicamentos esenciales y transparencia

Es necesario corregir las incoherencias

El Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (Cenares) es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud¹ (Minsa) con funciones en materia de homologación (uniformización de los requerimientos), programación de necesidades, programación y desarrollo del abastecimiento, almacenamiento y distribución de los recursos estratégicos en salud. Como sabemos, los recursos estratégicos son los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios que el Minsa reconoce como esenciales en los peticorios nacionales y sus listas complementarias. Además, “incluye plaguicidas, productos veterinarios y otros de uso para la implementación de las estrategias e intervenciones sanitarias y aplicación de políticas públicas en salud”. Es decir, es imprescindible, para que Cenares compre, que los recursos definidos como estratégicos, se encuentren incluidos en los peticorios y sus listas complementarias.

Con esas consideraciones, Cenares programa y ejecuta los procesos de adquisición de los recursos estratégicos, así como de las donaciones, el proceso de la nacionalización y desaduanaje y, cuando es necesario, incluso el registro sanitario. Además, con el Decreto de Urgencia N.º 007-2019 se incluyó dentro las funciones del Minsa la creación de un operador logístico, con la finalidad de mantener el abastecimiento continuo de los recursos estratégicos, con un stock de seguridad, de distribución y de redistribución. Poco tiempo después, durante la pandemia, el exministro Zamora señaló que una empresa de origen español es el nuevo operador logístico del Minsa, “encargado de la distribución y logística de medicamentos e insumos médicos en toda Lima Metropolitana”.



Esta modalidad contrasta con las leyes de presupuesto de años anteriores, que han precisado el monto, los cuidados, las ventajas y las garantías de entrega oportuna, pero sobre todo, los mecanismos de control y transparencia.



Es necesario tomar en cuenta que el artículo 35 del Proyecto de Ley de Presupuesto Público para el 2021 asigna a Cenares solo 250 millones de soles para la adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios en beneficio de los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS). Es una drástica reducción, que solo alcanza en promedio al 30 % de lo asignado en los años precedentes; por ejemplo 861 millones de soles del año 2018 y 668 millones de soles de 2019. Además, señala también que el SIS deberá consignar el gasto incurrido

por Cenares para la compra de recursos estratégicos para cada uno de los pliegos y unidades ejecutoras, como parte del pago de las prestaciones otorgadas a sus asegurados.

Asimismo, autoriza las adquisiciones de recursos estratégicos en salud, como medicamentos, vacunas, insumos, entre otros, a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) y el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA). Además, el artículo 36 del Proyecto de Presupuesto para el 2021 que autoriza la transferencia de recursos para adquisición de medicamentos y otros recursos estratégicos, a través de la OPS, Unicef y UNFPA no precisa cantidad de dinero. Es decir, el monto del gasto ha quedado a libre criterio de los funcionarios del Minsa y Essalud. Esta modalidad contrasta con las leyes de presupuesto de años anteriores, que han precisado el monto, los cuidados, las ventajas y las garantías de entrega oportuna, pero sobre todo, los mecanismos de control y transparencia.

Por otra parte, el 27 de marzo de 2020, el Congreso de la República promulgó la Ley N.º 31013, que exige la participación ciudadana en el proceso de formulación del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME), en salvaguarda de la transparencia y la salud pública. Además, señala que el Minsa aprueba por resolución ministerial el Petitorio Único Nacional de Medicamentos Esenciales (PNUME), que se actualiza cada dos años. Sin embargo, previamente a la aprobación o actualización, es

necesario que se haga público con 60 días de antelación, y deberá contar con la debida sustentación “de las razones para la inclusión o exclusión” de los medicamentos que formarán parte o no del Listado del PNUME. La prepublicación del listado del PNUME tiene la finalidad de recoger las opiniones de los ciudadanos y de las instituciones. El Minsa ha debido elaborar y aprobar el “Manual de participación ciudadana”, para crear el mecanismo para recabar las opiniones, sin embargo, a pesar de que el 27 de julio se ha vencido el plazo, el Minsa aún no ha cumplido.

Asimismo, el mes de diciembre de 2020 se deberá actualizar el PNUME. Por tanto, el Minsa ya debería demostrar el cumplimiento de la Ley N.º 31013, y dar publicidad de los actos administrativos que forman parte del próximo proceso de actualización, de las entidades y las direcciones involucradas, de las normas y directivas específicas, con el detalle de sus funciones; así como, de las normas específicas que regirán el proceso de aprobación y actualización del PNUME.

Es necesario recordar que el PNUME del año 2010 incluyó solo al oxígeno medicinal con concentración de 99 %, y ahora las autoridades del Minsa han señalado que no “encuentran” (sic) los estudios técnicos que sustentaron esa decisión. Las consecuencias durante la pandemia en vidas humanas son incontables; sin embargo, a pesar que existe el Decreto de Urgencia N.º 066-2020, que corrige y autoriza el uso del oxígeno medicinal al 93 %, aún no es incluido dentro del PNUME. ¿Qué esperan?

Es necesario corregir la incoherencia, las idas y venidas en la gestión, la reducción del presupuesto para Cenares, la negativa a cumplir con la participación ciudadana y la intervención de la OPS, UNFPA y Unicef, entre otros aspectos.

Es necesario recordar que el PNUME del año 2010 incluyó solo al oxígeno medicinal con concentración de 99 %, y ahora las autoridades del Minsa han señalado que no “encuentran” (sic) los estudios técnicos que sustentaron esa decisión.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decretos Supremos 008 y 011-2017-SA. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.

Otra vez, el Acuerdo Nacional y la salud

Salud y seguridad social son derechos humanos fundamentales

El debate sobre la integración del Sistema de Salud ha empezado en el Foro del Acuerdo Nacional, debido a un pedido especial que ha realizado el presidente de la República, con la finalidad de lograr consenso. Sin embargo, dadas las características del foro y de la coyuntura política, la tarea es complicada. La propia naturaleza del Acuerdo Nacional se encuentra entredicho debido a que los consensos se realizan sobre la base de las políticas de Estado, con los partidos políticos, con la sociedad civil, con los gremios empresariales y laborales, además del Gobierno, con la mirada puesta en el mediano y el largo plazo. Sin embargo, las miras del Gobierno son casi de coyuntura, con la única opción de sobrevivir ante los cuestionamientos del mal manejo de la pandemia y de los estragos de la economía nacional.

El presidente de la República no tiene partido político que sustente sus políticas; no solo para el presente, sino también para el futuro. Además, la propuesta de la conformación de un sistema unificado de salud no pasa de ser un enunciado. Los representantes del Gobierno en el Foro del Acuerdo Nacional no han cumplido con entregar, con la debida justificación y desarrollo técnico, el modelo que plasme el pedido del presidente. Los diversos documentos entregados constituyen materiales creados para otros fines y no ex profeso para la conformación del sistema unificado de salud. Además, el apuro que manifiestan traiciona la verdadera intención de cubrir la coyuntura política, contrariamente a la esencia del Foro del Acuerdo Nacional.

Uno de los aspectos más espinosos es definir con concisión qué es lo que ha querido decir el presidente al referirse al “sistema de salud unificado”,

“

...las miras del Gobierno son casi de coyuntura, con la única opción de sobrevivir ante los cuestionamientos del mal manejo de la pandemia y de los estragos de la economía nacional.

”

porque utiliza varios términos que generan controversia. Por ejemplo, la Ley N.º 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE), en su artículo 43 señala que los sistemas son los conjuntos de principios, normas, procedimientos, técnicas e instrumentos mediante los cuales se organizan las actividades de la Administración Pública que requieren ser realizadas por todas o varias entidades del poder del Estado, los organismos constitucionales y los niveles de gobierno. Son de dos tipos: funcionales y

administrativos”. Bajo ese criterio hay que tener en cuenta que los servicios de salud son realizados por varios ministerios –como Defensa, Interior, Salud– los gobiernos regionales, las municipalidades y Essalud, entre otros. En ese sentido, el sistema de salud debería armonizar la capacidad de respuesta unitaria del Estado. Además, el artículo 44 agrega que “los sistemas están a cargo de un ente rector que se constituye en su autoridad técnico normativo a nivel nacional; dicta las normas y establecen los procedimientos relacionados con su ámbito; coordina su operación técnica y es responsable de su correcto funcionamiento”.

En agosto de 2002 se promulgó la Ley N.º 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud¹, con la finalidad de “coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, promoviendo su implementación concertada y descentralizada y coordinando los planes y programas de todas las instituciones del sector a efectos de lograr el cuidado integral de la salud de todos los peruanos y avanzar hacia la seguridad social universal en salud”. Además, señala que toda mención al Sistema Nacional de Salud se refiere a esta Ley. Sin embargo, mediante Decreto Legislativo N.º 1504, del 11 de marzo de 2020, derogó la Ley N.º 27813 que regulaba el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, y en su lugar creó el Sistema Nacional de

“

...la propuesta de la conformación de un sistema unificado de salud no pasa de ser un enunciado.

”

Salud, sus objetivos y el Consejo Nacional de Salud, los consejos regionales, los consejos provinciales y los distritales de salud. Norma los mecanismos de articulación y coordinación con otros niveles de gobierno y otros sectores. Además, es un retroceso que haya quitado como objetivo del Sistema Nacional de Salud avanzar hacia la Seguridad Social Universal en Salud. Esta reforma del Sistema Nacional de Salud se ha realizado, en plena pandemia, sin debate ni consenso.



Además, es un retroceso que haya quitado como objetivo del Sistema Nacional de Salud avanzar hacia la Seguridad Social Universal en Salud.



El mismo Decreto Legislativo N.º 1504, del mes de marzo, reformó la rectoría del Ministerio de Salud. Aunque parezca increíble relativizó la potestad sancionadora del Minsa “por cuenta propia o por delegación expresa, a través de sus organismos públicos adscritos”. Es curioso que el DL N.º 1504, tenga por título “Decreto Legislativo que fortalece al Instituto Nacional de Salud para la prevención y control de las enfermedades” y trate sobre la reforma del Sistema Nacional de Salud y su rectoría, porque se ha realizado con una disposición complementaria modificatoria de ese decreto legislativo. Un aspecto de la más alta trascendencia de las políticas públicas del Gobierno se ha tratado con un mecanismo normativo accesorio. El Gobierno está en la obligación de exponer los motivos que determinaron ese tipo de actuación.

Los consensos del Foro del Acuerdo Nacional de los años 2002 y 2015 ratifican con claridad que la salud y la seguridad social son derechos humanos fundamentales. El Gobierno está en la obligación de explicar las razones de esos cambios normativos, y, además, de exponer con claridad y detalle su propuesta de modelo de unificación del Sistema Nacional de Salud. ¡Defendamos la Seguridad Social Universal en Salud!

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Ley 27813. 12 de agosto de 2002

La estrategia moral en el Perú

Desnudar las incoherencias y la verdadera trasgresión moral

La estrategia moral es el arma fundamental de la acción política e incluso de las guerras, porque es necesario demostrar que la acción es justa. Luego de enarbolarse con la justicia y la moral, se divide el horizonte político entre los buenos y los malos; de esta manera, las acciones de unos contra los otros se hacen coherentes e imprescindibles. La superioridad moral es el componente imprescindible para la organización política y la progresiva acumulación de fuerzas. No es importante el tamaño de la organización o del partido político si la estrategia moral es fuerte, clara y diferenciada, porque crecerá en modo progresivo con el curso de los acontecimientos.

La estrategia moral se basa en la relativización de los valores para los propios y la inflexibilidad de estos valores para los otros. Es la construcción de un relato, con medios que guían las acciones para obtener fines políticos. La mayoría de las veces crean nuevos principios, valores y conceptos para transgredir otros, motejados como “arcaicos”, “desfasados” y “superados”, y de esta manera “excluir” al enemigo político. Los triunfos y las derrotas políticas empiezan por el triunfo o la derrota moral. La opinión pública es seducida por el relato justificado moralmente, simple y coherente. Y, como ocurre la mayoría de las veces, la seducción es incompatible con la razón.

No basta con triunfar en las preferencias de las mayorías; es necesario, además, darle valores morales a ese triunfo, para deslindar entre buenos y malos, con la finalidad de tener la “justificación” para perseguir a los opositores como si fueran “los malos”, con gran apoyo popular. Si, además, se agrega un “mensaje” coercitivo desde el poder político y del Estado, el

“

La estrategia moral es el arma fundamental de la acción política e incluso de las guerras, porque es necesario demostrar que la acción es justa.

”

apoyo se oficializa y se convierte en totalitario. Una mirada atenta y comparativa, del Perú y del mundo, demuestra cómo han funcionado y han terminado los gobiernos y los Estados basados en la estrategia moral.

La estrategia moral, como toda estrategia, es construida. Forma parte de un estudio sistemático de ideas y convicciones. Es una creación que implica mecanismos sofisticados de información y desinformación, en

la que el rol fundamental es ocupado por la desinformación. El mensaje no se construye para la razón de los ciudadanos, sino para reforzar las creencias y “parchar” las costumbres morales.

La semana pasada, en nuestro país se han dado graves acusaciones de corrupción, y la propalación de unos audios en el mismo sentido, que merecen explicaciones y correcciones. Las agrupaciones políticas representadas en el Congreso están en la obligación de ofrecer un relato coherente, que contraste o apoye el relato del Ejecutivo. Los comunicados escuetos de unos cuantos renglones solo han servido para mostrar presencia y luego quitar el cuerpo. Sin embargo, los temas tratados y votados en el Congreso de la República han sido de la mayor envergadura, y han puesto en tensión el rol y funcionamiento de las instituciones y del Sistema Democrático.

Asimismo, se ha evidenciado, sin tapujos, la fortaleza de la estrategia moral del Gobierno y la ausencia de esta en la mayoría de las agrupaciones políticas del Congreso de la República. Peor aún, los líderes de las agrupaciones políticas han sido seducidos, igual que la mayoría de los medios de comunicación y los ciudadanos, por la estrategia moral de Palacio. De la noche a la mañana han invadido las redacciones y las redes sociales nuevos conceptos y enemigos teñidos con fuerza moral. La razón, las normas y los valores democráticos han quedado de lado.

La población, a veces, no advierte la existencia de una estrategia moral. No percibe la relativización de las inmoralidades de los funcionarios del Estado, porque estos se muestran implacables frente a “otros” valores morales de

“mayor” envergadura, que crean la sensación de superioridad. Los valores son atados a bienes superiores. Las injusticias concretas son ninguneadas en aras de la justicia abstracta. Son los daños que sufren la ética y la moral de las instituciones, de la democracia, de la ciudadanía y de la República.

El Perú atraviesa por un momento de crisis debido a la brecha que existe entre la moral que muestran los funcionarios y la moral que pregonan ante la población. Además, se han puesto en debate las diversas prerrogativas de antejuicio e inmunidades que irritan al ciudadano. Los vericuetos legales y los procedimientos interminables para tapar el doble comportamiento moral de los funcionarios públicos solo generan falta de credibilidad en el sistema democrático y en su eficacia como sistema de gobierno. En ese sentido, los constructores de la estrategia moral necesitan agregar mayor presión y coerción para ser eficaces y, por tanto, es el salto hacia el vacío que representan los gobiernos dictatoriales y totalitarios.

Es necesaria mayor serenidad. Los líderes políticos deberían tener paciencia, sabiduría y capacidad de renuncia. Enfrentar la estrategia moral es muy difícil, porque requiere tolerancia y, sobre todo, liberarse de las “envolturas morales” para desnudar las incoherencias y la verdadera trasgresión moral. El lenguaje sencillo y el sentido común son los mejores aliados.

“

Las injusticias concretas son ninguneadas en aras de la justicia abstracta. Son los daños que sufren la ética y la moral de las instituciones, de la democracia, de la ciudadanía y de la República.

”

La propuesta del Sistema Unificado de Salud

Ante la fragmentación del Sistema Nacional de Salud¹

El Gobierno ha presentado una escueta propuesta para construir un Sistema Unificado de Salud, como respuesta a las múltiples dificultades que ha tenido para enfrentar la pandemia de covid-19. El Ministerio de Salud (Minsa), ente rector del Sistema Nacional de Salud, no ha cumplido con desarrollar y presentar la propuesta con detalle. Como sabemos, el Sistema Nacional de Salud está normado por el Decreto Legislativo N.º 1504, promulgado el 10 de mayo de 2020. Es decir, el Gobierno a escasos meses inicia el debate y consenso para un Sistema Nacional de Salud Unificado.

Es difícil comprender, cuál es la intención, si, por un lado, es la ratificación del Decreto Legislativo N.º 1504, o por el contrario, modificarlo y reorientarlo. Además, el agregado de “único” o “unificado” parece indicar que el gobierno ha marcado distancia del DL N.º 1504. Ahora el Foro del Acuerdo Nacional ha iniciado el trabajo en búsqueda de consenso en este tema, a pedido del gobierno dentro de la propuesta del Pacto Perú. El Sistema Nacional de Salud adolece de una serie de características que impiden la conjunción de esfuerzos de todos los actores de la salud y la respuesta unitaria, como un todo. A modo de ejemplo, citaremos los más generales y estudiados.

La fragmentación del Sistema Nacional de Salud no es característica exclusiva de nuestro país, y “consiste en la coexistencia dentro de un territorio de diversos actores organizacionales sin ninguna vinculación o coordinación entre ellos”. En el Perú coexisten las tres sanidades militares, la sanidad policial, Essalud, los gobiernos regionales, el Ministerio de Salud, las municipalidades, los diversos tipos de servicios privados. Además, como agravante de la

fragmentación, es que estas instituciones están adscritas a ministerios de ramos distintos. Las sanidades militares al Ministerio de Defensa, la sanidad policial al Ministerio del Interior, Essalud al ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, entre otros. Las dificultades para la coordinación y articulación son muy complicadas, en especial, la toma de decisiones colectivas.

La segmentación del Sistema Nacional de Salud es otra característica que tampoco es propia solo del Perú. Consiste en “el proceso de separación por segmentos de ciudadanos, en función a la fuente del financiamiento que sufragará su atención de salud. Cada segmento es autónomo. El proceso de segmentación permite reproducir diversos estándares de atención médica, según ese segmento más pudiente o pobre. El proceso de segmentación excluye a los más pobres y vulnerables. “Un servicio de salud para pobres termina siendo pobre”. El Seguro Integral de Salud, tal como está normado, ha incrementado y profundizado el proceso de segmentación.

Otra característica del Sistema Nacional de Salud del Perú es “la autonomización de la salud en los gobiernos regionales, debido a errores en el proceso de descentralización. Según la Ley de Bases de la Descentralización vigente, la salud pública es compartida entre los gobiernos nacional, regional y local. Sin embargo, durante el gobierno del presidente Humala las funciones y competencias en materia de salud fueron transferidas a los gobiernos regionales. La consecuencia ha sido su autonomización frente a la rectoría del Minsa y su escasa capacidad para cumplir las políticas nacionales, sectoriales, los programas y estrategias nacionales de salud”. La pandemia ha puesto en evidencia con mayor nitidez el problema y la relación a veces conflictiva entre el gobierno nacional con los gobiernos regionales y locales.

Por si fuera poco, se agrega, además, como característica distintiva del Sistema Nacional de Salud de nuestro país la precariedad de la rectoría del Minsa, que como sabemos es el ente rector no solo del sector salud, sino también del Sistema Nacional de Salud. Esta función rectora es esencial para conducir la política nacional de salud, las políticas nacionales y sectoriales, los programas y las estrategias nacionales de salud, que

“

Es difícil comprender, cuál es la intención, si, por un lado, es la ratificación del Decreto Legislativo N.º 1504, o por el contrario, modificarlo y reorientarlo.

”

deben ser explícitas, consensuadas y normadas. Además, requiere como complemento una fuerte potestad sancionadora, de acuerdo con la Ley y su reglamento. Sin embargo, no hay lo uno ni lo otro. Ha habido tantas marchas y contramarchas, en el tema de la rectoría, que la última modificación se dio en mayo de 2020, con el Decreto Legislativo N.º 1504.

Las Redes Integradas de Salud (RIS) incluyen la coordinación y articulación territorial y local de los diversos componentes y actores públicos y privados del Sistema Local de Salud. Se busca eliminar la fragmentación, la segmentación y la autonomización de las decisiones regionales. Es decir, se realiza la coordinación, articulación, complementariedad de estos actores, en el nivel local. La Ley N.º 30885, del año 2018, regula su conformación, sin embargo, la reglamentación ha demorado tanto, que la inestabilidad organizacional del Primer Nivel de Atención le ha restado operatividad.

Es necesario fortalecer el Consejo Nacional del Sistema Nacional de Salud con la finalidad de coordinar, articular y tomar acuerdos con carácter vinculante sobre las actividades e intervenciones sanitarias para eliminar la fragmentación, segmentación y autonomización de los gobiernos regionales, a nivel macro o estratégico. El fortalecimiento del Seguro Integral de Salud como un seguro social público, junto con las otras instituciones de seguridad social – como Essalud, sanidades militares, Sanidad de la Policía Nacional y del sector privado– sería un avance para lograr la Seguridad Social Universal en Salud, que es el anhelo de todos los peruanos. Los retos son grandes.

“

Por si fuera poco, se agrega, además, como característica distintiva del Sistema Nacional de Salud de nuestro país la precariedad de la rectoría del Minsa, que como sabemos es el ente rector no solo del sector salud, sino también del Sistema Nacional de Salud.

”

¹ Cuba Herberth. Portal de la Asociación Médica Peruana. amp.pe. Septiembre de 2020.

Función pública, salud y reforma constitucional

Un fallo en primera instancia pondría en indefensión a los funcionarios

El 11 de septiembre de 2020 se promulgó la Ley N.º 31042¹, de Reforma Constitucional, que impide postular a cargos de elección popular o ejercer función pública a “las personas sobre quienes recaiga una sentencia condenatoria emitida en primera instancia, en calidad de autores o cómplices, por la comisión de delito doloso”. Es decir, no solo no podrán ser candidatos aquellos que tienen sentencia dolosa en primera instancia, sino que tampoco podrán ser designados como funcionarios en cargo de confianza en la función pública.

Los funcionarios del Gobierno, en sus declaraciones, han dado mayor énfasis al nuevo impedimento para ser candidatos de elección popular; sobre todo al Congreso de la República, y han soslayado su impacto en la designación de los cargos de confianza en la función pública. Hay que tomar en cuenta que esta reforma de los artículos 34-A y 39-B de la Constitución ha merecido un arduo debate y la aprobación en dos legislaturas sucesivas por más de 87 votos. Como se puede apreciar, se trata de un delito doloso, sin importar el tipo ni el tiempo de la pena. Da igual una sentencia de menos de un año que una de 30 años. Además, no es necesario esperar que la sentencia sea consentida o ejecutoriada, sino basta con un fallo de primera instancia. Sin embargo, a pesar de la abrumadora mayoría, la discrepancia jurídica y constitucional continuará debido a que se violaría la presunción de inocencia (artículo 2, numeral 24, inciso 3) y la pluralidad de instancias (artículo 139, inciso 6) y otras normas constitucionales, porque un fallo de primera instancia forma parte de un proceso judicial que aún no ha concluido.



Es decir, no solo no podrán ser candidatos aquellos que tienen sentencia dolosa en primera instancia, sino que tampoco podrán ser designados como funcionarios en cargo de confianza en la función pública.



No nos referiremos a las implicancias en los cargos de elección popular, porque sobre ese tema se ha analizado y escrito con énfasis. Sin embargo, la reforma constitucional promulgada implica también a los funcionarios designados en cargos de confianza, cuyo impacto no se ha analizado con prolijidad. Ahora los funcionarios designados y en ejercicio en cargos de confianza deben ser reevaluados bajo el tamizaje de esta nueva norma constitucional para detectar a aquellos funcionarios que cuenten con sentencia dolosa en primera

instancia y que, de ser el caso, sean retirados.

Sin embargo, si no hay voluntad política la tarea no será sencilla, porque el aparato del Estado es grande. Este objetivo solo se logrará con la conjunción de esfuerzos y el cruce de información entre los poderes del Estado, los organismos constitucionalmente autónomos, los gobiernos regionales y los gobiernos locales, entre otros. Es necesario que la Presidencia del Consejo de Ministros lidere ese proceso en el Poder Ejecutivo, con la administración del listado de funcionarios en cargos de confianza, al amparo del artículo 4 de la Ley N.º 28175, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Además, implica una coordinación estrecha con el Poder Judicial para que realice las modificaciones idóneas internas y brinde información de las sentencias dolosas en primera instancia que han recaído sobre funcionarios o aspirantes a ser designados.

Mientras tanto, la labor de la vigilancia ciudadana y de la prensa será, quizá por el momento, la única herramienta para el cumplimiento de esta enmienda constitucional. El seguimiento de las designaciones de los funcionarios en el cuadernillo de normas legales en el diario oficial El Peruano, es un mecanismo útil. Por lo menos, los poderes del Estado deberían actualizar las declaraciones juradas de los funcionarios para el cumplimiento inmediato de esta nueva norma.

La gestión pública merece tener funcionarios libres de cuestionamientos; sin embargo, no está claro aún, si el mecanismo escogido por la reforma constitucional sea el más idóneo. Por ejemplo, si solo se tratara de un

requisito para postular al cargo, las implicancias no serían mayores. Pero durante el ejercicio de la gestión pública no pocas veces los funcionarios son objeto de denuncias y procesos tediosos, por parte de personas naturales y jurídicas, con la finalidad de oponerse a disposiciones emanadas por las autoridades. Un solo fallo en primera instancia pone en indefensión a los funcionarios, por el riesgo a perder el cargo. Y por tanto, tendrían que meditar con precaución la posibilidad de ejercer autoridad en aspectos conflictivos. Al margen de las consideraciones jurídicas y constitucionales, existen aspectos prácticos y de sentido común.

“

La gestión pública merece tener funcionarios libres de cuestionamientos; sin embargo, no está claro aún, si el mecanismo escogido por la reforma constitucional sea el más idóneo.

”

La aplicación de esta reforma constitucional tendrá efectos muy serios, por ejemplo, en el Sector Salud. Las acciones de supervisión, control y sanción para el cumplimiento de las normas de salud de las diversas instancias del Minsa que poseen potestad sancionadora –como Digesa, Digemid y Susalud, entre otros– podrían flexibilizarse y, en consecuencia, perder autoridad. Igual ocurre con los funcionarios a cargo de los establecimientos de salud, que por diversos motivos reciben denuncias por parte de usuarios “inconformes”, la mayoría de las veces debido a la escasez y la precariedad del sector.

Luego de la “presión” por parte del propio Poder Ejecutivo al Congreso de la República, incluso con mensajes reiterados del propio presidente de la República, ahora se espera que sea él y el presidente del Consejo de Ministros quienes lideren este proceso y den el ejemplo. Los ciudadanos necesitamos y merecemos una función pública eficaz y eficiente, con honradez y transparencia.

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Ley 31042. 14 de septiembre de 2020.

Pandemia y cuarta fase de reactivación económica

Con mayor énfasis en el primer nivel de atención

La programación realizada por el Gobierno en el mes de abril para la reactivación económica del Perú, como consecuencia de la pandemia, señalaba que en el mes de agosto se debió haber empezado la cuarta fase de reactivación. Es decir, la reactivación de los últimos componentes de la economía; por ejemplo, industria y minería, obras de saneamiento, turismo, servicios (centros de belleza), arrendamiento, comercialización, actividades complementarias de la agricultura (talleres y eventos en temas agrarios), transporte nacional e internacional en general, centros de entretenimiento, atractivos turísticos, convenciones, ferias reuniones y otros más. Sin embargo, debido a la evolución de la pandemia todo ello se ha postergado hasta el mes de octubre.

Las condiciones han cambiado. Existe un descenso progresivo de contagios y de fallecimientos, y ahora se debate cada día con mayor vehemencia si esta cuarta fase, se debe prorrogar aún más o, por el contrario, se debería empezar a partir del primero de octubre. Como sabemos esta fase implicará mayores aglomeraciones, y se ha puesto en discusión si existiría el riesgo de una segunda ola de contagios y fallecimientos, como sucede en algunos países europeos, y en consecuencia, de que se pierda todo aquello que se ha avanzado.

No es adecuado suponer lo que podría ocurrir en el Perú a partir de la experiencia europea, porque las situaciones son distintas. Por ejemplo, en esos países, la pandemia se ha controlado, con medidas sanitarias, cuando menos del 10% de la población había entrado en contacto con el virus. En

consecuencia, una relajación de las medidas sanitarias puede traer como consecuencia un rebrote, o una nueva ola de contagios y fallecimientos. Ese no es el caso del Perú. Los estudios que ha realizado el propio Minsa en el mes de julio arrojaron que casi el 25 % de la población limeña ya había entrado en contacto con el virus. Y en Iquitos, la cifra alcanzaba casi un 70 %.

A finales de septiembre es probable que esa cifra se haya más que duplicado, y por tanto las posibilidades de una nueva ola es muy reducida. La inmunidad de rebaño —debido a las condiciones de informalidad, hacinamiento, e insalubridad— parece ser el vertiginoso derrotero de la pandemia en nuestro país. En pocos meses el contagio detectado por pruebas de laboratorio bordea casi los 783 000 casos, y las muertes oficiales son 31 900. La tasa de letalidad es de 4,07 % y la velocidad del contagio aún es alta.

Sin embargo, las cifras globales y generalizadoras podrían ser engañosas, porque si se focaliza en regiones, provincias y distritos, por separado, las conclusiones a nivel local podrían ser distintas. Esa variabilidad es el aspecto más complejo en la lucha contra la pandemia. Un tema no corroborado, pero que algunos profesionales de la salud señalan, para explicar el nivel de letalidad, es que el virus en el Perú se ha vuelto más benigno. Esa explicación es peligrosa porque puede generar exceso de confianza y disminución de las medidas sanitarias. Al contrario, hay que tomar en cuenta que las medidas sanitarias y de protección personal han hecho que disminuyan las posibilidades de contagio; pero además que cuando ocurran tengan “cargas virales” menores, con gran ventaja para los contagiados. Además, la estructura poblacional de nuestro país está conformada en forma mayoritaria por jóvenes y adultos, en clara ventaja frente a la pandemia en comparación con los países europeos, que cuentan en modo proporcional con una mayor población de la tercera edad.

La cuarta fase de la reactivación económica debe tener como contraparte un mayor énfasis en el enfoque comunitario, la organización comunal y el fortalecimiento del primer nivel de atención. Son necesarias más información, comu-

“

La cuarta fase de la reactivación económica debe tener como contraparte un mayor énfasis en el enfoque comunitario, la organización comunal y el fortalecimiento del primer nivel de atención.

”

“

La población espera que las atenciones regulares de los establecimientos de salud sean ofrecidas con las debidas medidas de protección.

”

nicación y educación para el cambio de comportamientos para lograr estilos de vida saludables, con ejemplos sencillos y concretos que resuelvan las interrogantes de la gente en el nivel local. El eje de la estrategia comunitaria es la participación social, que debería ser fortalecida con la transferencia al sector Salud, de las actividades de las brigadas cívicas del Ministerio de Defensa, del Programa Tayta y de la geolocalización de los ciudadanos.

Además, resolver las falencias en cuanto a los laboratorios de salud pública y el abastecimiento de insumos en todas las regiones para la realización de las pruebas moleculares, e insistir en la detección precoz del virus y el seguimiento de los contactos.

Como sabemos, a pesar del tiempo transcurrido, la escasez del suministro de medicamentos, insumos, equipos de protección personal y equipos médicos pone en riesgo la cuarta fase de la reactivación económica. Además, hay que agregar los conflictos laborales por incumplimiento de compromisos adquiridos, e incluso por la demanda de inconstitucionalidad de una norma que reconoce derechos laborales.

La población espera que las atenciones regulares de los establecimientos de salud sean ofrecidas con las debidas medidas de protección. No es posible negar las atenciones médicas y de salud, que no son covid-19, por el atraso en la implementación y la adecuación de los puestos y centros de salud, así como de los hospitales. Hay que desterrar al falso triunfalismo. ¡Hay mucho por hacer!

La responsabilidad en salud y la separación de funciones

La separación del financiador y el prestador es un retroceso

La capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud (SNS) incluye el cumplimiento de obligaciones, en modo correcto, frente a las necesidades de la población; y por tanto, de responder ante las consecuencias “no deseadas” de los actos médicos y de salud. El SNS debe contar con una ruta clara, que evite que los ciudadanos tengan que recurrir a tediosos procesos judiciales para alcanzar justicia. Aunque parezca increíble, ese tema en nuestro país es materia de controversia, debido a que las instituciones pretenden trasladar la responsabilidad a los profesionales de la salud, y solo en último caso a las propias instituciones de salud.

Como sabemos, en el sector público las funciones de financiamiento y prestación en salud están unificadas en una misma institución; por ejemplo, Essalud, el Ministerio de Salud (Minsa), los establecimientos de salud de los gobiernos regionales, los municipios, entre otros. No se incluye al Seguro Integral de Salud (SIS) porque funciona como un programa presupuestal para el alivio de la pobreza, de acuerdo con el DS N.º 058-2011-PCM. En consecuencia, en sentido estricto, no es una institución de seguridad social en Salud.

En el caso de los usuarios que hacen uso de los servicios privados por estar adscritos a las aseguradoras privadas, la situación es distinta. Las instituciones que venden seguros médicos eluden la responsabilidad sobre los actos médicos y de salud debido a que consideran que su rol es solo financiero, de pagadores. Por eso quienes deberían asumir la responsabilidad son los

proveedores de los servicios de salud; es decir, los profesionales de la salud y las clínicas. Nótese la diferencia. Esa es la “ventaja” que otorga la separación de funciones que implica, por un lado, instituciones que funcionan solo como financiadoras o pagadoras y, por el otro, instituciones únicamente prestadoras o proveedoras de los servicios de salud.

La institución financiera o pagadora que pone el precio y vende las pólizas a los usuarios, establece los protocolos de atención que detallan los procedimientos y la terapia que el propio pagador “reconoce o cubre”, y que escoge y selecciona a las clínicas o los establecimientos de salud que realizarán los actos médicos o de salud. –y además aprueba las tarifas– está excluida de responsabilidad alguna. Parece lógico que quien vende una póliza de seguro médico o de salud se haga responsable también del cumplimiento irrestricto y correcto de cada una de las cláusulas que esta contiene; en caso contrario, que asuma sus consecuencias.

La separación de funciones de financiador-prestador en el SNS, vista desde el punto de vista de los derechos de los usuarios y consumidores de los servicios de salud, es un retroceso. Es necesario que Susalud, el Minsa y el Poder Ejecutivo corrijan esta elusión de responsabilidad en detrimento de los usuarios y consumidores de los servicios de salud. Y de ser el caso, se acuda con una iniciativa legislativa ante el Congreso de la República.

Parece lógico que quien vende una póliza de seguro médico o de salud se haga responsable también del cumplimiento irrestricto y correcto de cada una de las cláusulas que esta contiene

El Sistema Nacional de Salud debe contar con una ruta clara, que evite que los ciudadanos tengan que recurrir a tediosos procesos judiciales para alcanzar justicia.

La separación de funciones en financiadoras y prestadoras de las instituciones de salud implica el aumento de la segmentación y la fragmentación del SNS. Además las relaciones entre los financiadores y

los prestadores son acompañadas de negociación y conflicto, sobre la base de auditorías que tienen como ingrediente fundamental el ejercicio de derechos de los usuarios y consumidores de los servicios de salud, con el agravante que están excluidos de esa relación.

En el Perú se realizan más de 200 millones de actos médicos al año. Eso significa, que serían necesarios un número similar de auditorías de salud y financieras para establecer una relación justa y equitativa. Además, los desacuerdos de cada

una de las auditorías, puede llevar a un embalse de litigios y morosidad en los pagos de los financiadores hacia los proveedores de salud. Los costos de las auditorías y de la morosidad, como es natural, son trasladados al precio de los servicios médicos.

La separación de funciones en instituciones financiadoras e instituciones proveedoras de servicios de salud presupone un adecuado mecanismo de intercambio prestacional con tarifas preestablecidas y con mecanismo de interoperabilidad en todo el territorio nacional. Eso no existe en nuestro país. El ejemplo más saltante es que, a pesar de haber transcurrido más de 11 años de la promulgación la Ley que aprueba el Plan Esencial de Prestaciones de Salud (PEAS), aún no se ponen de acuerdo en una tarifa aceptada por todos los componentes del SNS. Además, la experiencia de la negociación del SIS, que incluyó el conato de estatización de las clínicas privadas para la atención de los pacientes afectados con el covid-19, ha demostrado las dificultades para lograr ese tipo de acuerdos. El resultado es que solo alrededor de 20 pacientes han sido atendidos mediante este contrato hasta la fecha.

Los fondos de las instituciones de seguridad social en salud son intangibles. La creación de un SNS implica reducir la segmentación y la fragmentación bajo la rectoría del Minsa, para lograr la Seguridad Social Universal en Salud. ¡La separación de funciones financiador-prestador en salud es un retroceso!

“

En el Perú se realizan más de 200 millones de actos médicos al año. Eso significa, que serían necesarios un número similar de auditorías de salud y financieras para establecer una relación justa y equitativa.

”



PERÚ Ministerio de Salud



PERÚ Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

MOTO

PILAR MAZZETTI SOLER

REPÚBLICA DEL PERÚ



PERÚ



Capítulo 8

La implosión de la
gestión de la pandemia y el
Foro del Acuerdo Nacional.
Cuarta fase de la
reactivación económica

Acontecimientos entre el 2 de octubre y
el 6 de noviembre de 2020

La pandemia y los conflictos laborales

Huelgas y protestas en el sector Salud

La precariedad del Sistema Nacional de Salud (SNS) se manifiesta no solo en la incapacidad de responder en forma plena a las necesidades de la población, sino también en la existencia de una aguda conflictividad laboral. Asistimos a una serie de huelgas y protestas, a pesar de la pandemia. La Reforma de Salud del año 2013, mediante el Decreto Legislativo N.º 1153¹, ha generado una serie de conflictos laborales debido al desajuste entre la norma y la realidad.

El balance, luego de siete años de la promulgación de la norma, es uno de conflictos. La promulgación del decreto legislativo no fue seguida de la promulgación inmediata de la reglamentación correspondiente que reconociese y homologase los derechos de los que ya gozaban los servidores de salud con sendas leyes y reglamentos; sin embargo, en modo irresponsable y abusivo, fueron derogados. Es decir, se produjo un “bache” sin algunos derechos laborales, desde 2013 hasta el 12 de julio de 2018, en que se promulgó el reglamento (DS N.º 015-2018-SA). Además, la reglamentación surtía efecto a partir de su promulgación; en consecuencia, se produjo un período, correspondiente al “bache” de cinco años, que requería, en modo retroactivo, el reconocimiento de esos derechos.

La reforma de salud humalista, incluida la reforma salarial, se impuso mediante decretos legislativos, sin ningún consenso y con un voluntarismo político sustentado en profundas convicciones “ideológicas”. Las huelgas y protestas de los servidores de salud acompañaron y fueron el emblema de ese lustro de gobierno. El año 2015, como consecuencia de esa conflictividad laboral,

“

La reforma de salud del año 2013, mediante el Decreto Legislativo N.º 1153, ha generado una serie de conflictos laborales debido al desajuste entre la norma y la realidad.

”

se acudió al Foro del Acuerdo Nacional. El gobierno de esa época, mediante sus altos funcionarios, defendió la reforma salarial y otros aspectos sanitarios incluidos dentro los 23 decretos legislativos, llamados “paquete legislativo de reforma de salud”.

El trabajo dentro del Foro del Acuerdo Nacional duró seis meses, a dos sesiones de cuatro horas por día, los martes y jueves. No fue fácil.

El resultado ha sido el documento

“Los objetivos de la reforma de salud”, que incluyó un rubro denominado “Aspectos críticos a atender”, que se inicia con el consenso sobre el “personal de salud”. Por ejemplo, se menciona el “cierre de la brecha cualitativa, cuantitativa y territorial de profesionales, técnicos, auxiliares asistenciales y administrativos de salud”, así como aspectos de formación “bajo la rectoría del Estado y la coordinación intersectorial y supervisión del Minsa”, “asegurar el nivel, grupo profesional y condiciones de trabajo adecuadas que incluye gestores, bioseguridad y remuneraciones dignas y competitivas, garantizar la certificación profesional y las competencias, fortalecer el equipo multidisciplinario y de los gremios de salud, entre otros aspectos esenciales.

Hay que tomar la reforma salarial e incluir a cada uno de los componentes del SNS, con excepción de Essalud. Es decir, el Decreto Legislativo N.º 1153 incluyó en Servir a todos los servidores del Ministerio de Salud (Minsa) y gobiernos regionales, los servidores de salud civiles de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, el Instituto de Medicina legal, el Instituto Nacional Penitenciario, los servidores de salud de las universidades públicas, entre otros.

La participación de Servir ha sido fuente de conflicto, debido a que se guía por consideraciones genéricas de la administración pública, y no por la naturaleza específica de las actividades sanitarias y médicas. Además, se constituyó como última instancia en los procesos administrativos disciplinarios. Además, le resta capacidad al Minsa como órgano rector del propio Minsa, como del SNS, para organizar e implementar las actividades médicas y de salud, en cada uno de los sectores, instituciones públicas y órganos constitucionalmente autónomos, como Essalud, para implementar una gestión de recursos humanos que

se ajuste a las políticas nacional, sectorial, estrategias y programas de salud, y sobre todo, de las actividades en el primer nivel y en la comunidad, mediante la Atención Primaria de Salud y la organización comunitaria. (Horarios atípicos y en jornadas diferenciadas, según las necesidades de la población, entre otros). La controversia se ha reavivado, debido al desempeño de Servir durante la pandemia.

La reforma salarial del DL N.º 1153 incluyó, además, la separación a los servidores administrativos de los llamados asistenciales. Es decir, se “fragmentó y segmentó” el equipo de trabajo. Por ejemplo, los chóferes de ambulancia, que realizan guardias hospitalarias, como los médicos, los profesionales de la salud y los técnicos asistenciales, no pueden percibir la bonificación correspondiente. Igual ha ocurrido con los servidores de archivo, cómputo, admisión, los administrativos de las visitas domiciliarias y el trabajo comunitario, entre otros. Además, tampoco reciben los bonos por atención primaria, especialidad, establecimiento estratégico, zonas de frontera, por riesgo, por acciones de salud pública y otros beneficios adicionales, como los nombramientos. Aún no se ha hecho nada para contrarrestar la rotura del equipo de trabajo en los establecimientos de salud. Además se creó un mecanismo perverso que perfora la sostenibilidad financiera de Essalud, porque se afecta el 9 % solo al 65 % de la remuneración de los servidores de salud, y no del 100 % como corresponde. El pago a Essalud de solo el 65 % de la planilla.

El Decreto Legislativo N.º 1153 ha creado una pirámide laboral, rígida y burocrática, con bonificaciones irrisorias que han complicado la posibilidad de mejorar la disposición de recursos humanos en las provincias, distritos más alejados y necesitados del país. Una reforma ideologizada y retrógrada. Corregir y avanzar:



La participación de Servir ha sido fuente de conflicto, debido a que se guía por consideraciones genéricas de la administración pública, y no por la naturaleza específica de las actividades sanitarias y médicas.



¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Legislativo N.º 1153. 11 de septiembre de 2013.

La pandemia y el Día de la Medicina

A 135 años del heroico sacrificio de Daniel A. Carrión

Se había instituido, por costumbre, que el 5 de octubre de cada año se celebre el Día de la Medicina Peruana, en conmemoración¹ del fallecimiento de Daniel Alcides Carrión. Recién a partir de la promulgación, el primero de noviembre de 2011, de la Ley N.º 29799 (que modificó las leyes N.º 25342 y N.º 27794) que se declaró a Carrión como héroe, mártir y maestro de la medicina peruana, también se estableció, en modo oficial, el día de su muerte como el Día de la Medicina Peruana. Además, según la Ley N.º 30023 se instituyó el día de su natalicio, el 13 de agosto (1857), como Día de la Salud y el Buen Trato al Paciente. Asimismo, mediante Ley N.º 8124, del 5 de octubre de 1935, se creó el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. Las efemérides ligadas a la vida y a la muerte de Daniel Alcides Carrión son la expresión de su impacto en la medicina, la salud pública, el sentido de peruanidad y amor a la patria, en el contexto de los estragos de la Guerra del Pacífico. Como sabemos, una de las etapas más difíciles de nuestra historia.

En el Día de la Medicina, según la Ley N.º 29799, “los colegios profesionales y demás instituciones públicas y privadas vinculadas con la educación, salud y medicina a nivel nacional, realizan actividades conmemorativas a la fecha”. Además se encargó al Congreso de la República la publicación, en su portal, del “Diario de la enfermedad y muerte del héroe nacional, mártir y maestro don Daniel Alcides Carrión”. La vida de Carrión ha sido reproducida, en sus diversas facetas, una y otra vez durante la pandemia de covid-19. La verruga peruana y la fiebre de La Oroya, hoy conocidas, gracias al aporte científico y al

“

En el Día de la Medicina, según la Ley 29799, “los colegios profesionales y demás instituciones públicas y privadas vinculadas con la educación, salud y medicina a nivel nacional, realizan actividades conmemorativas a la fecha”.

”

sacrificio de Carrión, como fases de una misma enfermedad, llamada en su honor; enfermedad de Carrión, es no solo un problema médico, sino también de salud ocupacional y de salud pública. Recordemos que esa enfermedad hacía estragos en la población y en los trabajadores que construían, en esa época, las vías del tren de Lima a La Oroya. A pesar del tiempo transcurrido, la enfermedad de Carrión persiste en la agenda de salud.

La pandemia de covid-19 nos ha recordado que el desconocimiento, el grado de contagio, morbilidad y letalidad de un agente patógeno no

excusa a los médicos a actuar y a enfrentarlo “con lo que se tiene”. El estudio y conocimiento del agente etiológico (virus), la búsqueda de medicamentos específicos y las vacunas requiere tiempo, que es escaso en pleno desarrollo de una pandemia. Los médicos y profesionales contagiados y fallecidos por el covid-19 recuerdan y reiteran el sacrificio de Carrión. La búsqueda y hallazgo del agente etiológico, el tratamiento de los pacientes, con medidas de soporte y a veces, con tratamientos empíricos requieren dedicación y presencia física al lado del paciente. Lo que, debido al alto nivel de contagio del covid-19, han cobrado vidas. Más aún en medio de la precariedad del Sistema Nacional de Salud y de la escasez de medidas de protección personal.

La pandemia ha revalorado la ética médica y el “concepto de cuidado”. Ahora más que nunca han quedado obsoletos los conceptos de “atenciones” y “atendidos”. Se ha avanzado en la comprensión de la medicina preventiva, el cuidado de la salud, la Atención Primaria de la Salud, la intervención en los determinantes económicos, sociales y culturales de la salud. Ha quedado demostrado que el rol del Primer Nivel de Salud, de los centros y puestos de salud es clave, siempre y cuando se guíen con el enfoque comunitario; es decir, con la más amplia participación social y articulado con la organización comunitaria. Sin embargo, esa incompreensión y el desconocimiento negligente por parte de las más altas autoridades del Gobierno han costado vidas humanas. El equivocado enfoque hospitalario, militar y policial para

enfrentar la pandemia de covid-19 ha causado muertes evitables y enormes estragos a nuestro país.

Causa extrañeza que la Comisión del Bicentenario de la Independencia Nacional del Congreso de la República, a pesar de que el Pleno del Congreso ha aprobado y designado a los miembros de la “Comisión Investigadora por el plazo de 90 días calendarios para establecer el número real de fallecidos a causa del covid-19”, haya realizado el 3 de octubre de 2021 un simposio de historia de la medicina peruana “En homenaje a nuestros médicos en la lucha contra el covid-19”. Ese simposio adolece de una contradicción insalvable, debido a que los panelistas de la mesa “Una mirada histórica a la Atención Primaria de Salud en el Perú”, han liderado, desde el Gobierno, el cierre del Primer Nivel de los centros y puestos de salud, han bloqueado la participación social y rechazado el enfoque comunitario, han precarizado el ejercicio profesional y técnico de salud, laboral y de bioseguridad, han favorecido intereses (con el oxígeno medicinal) y han promovido y legislado el modelo mercantilista del aseguramiento (que se basa en el enfoque médico-curativo, de compra y venta de prestaciones médicas, como daños asegurables, por paquetes y capas para segmentos diferenciados de la población). Han promovido la exclusión social, la segmentación y la fragmentación del Sistema Nacional de Salud.

El sacrificio de Carrión debería servir para saldar cuentas con los errores y fortalecer el Sistema Nacional de Salud Unificado, para lograr la Seguridad Social Universal.

“

La pandemia ha revalorado la ética médica y el “concepto de cuidado”. Ahora más que nunca han quedado obsoletos los conceptos de “atenciones” y “atendidos”.

”

¹ Cuba Herberth. Portal cuba.pe. Octubre de 2020.

Seroprevalencia del covid-19 y enfoque comunitario

¿Qué tan cerca estamos de la inmunidad de rebaño?

El Ministerio de Salud (Minsa) ha informado que a partir de la “segunda semana de octubre iniciará un estudio de seroprevalencia a nivel nacional para estimar la cantidad de peruanos que han estado expuestos al covid-19”¹. El estudio se realizará en todas las regiones del país y se espera tener los resultados durante la primera quincena de noviembre. Como sabemos, se han realizado, en julio de 2020, estudios previos de seroprevalencia en Iquitos, que arrojaron una tasa de 75 %; también en Lima, con el 25 %, y en Lambayeque, con 29,8 % de prevalencia. La iniciativa del Minsa es tardía porque ya se han tomado medidas para implementar la cuarta fase de la reactivación económica sin contar con esa información. Además, el propio presidente de la República ha adelantado cifras probables de seroprevalencia, sobre la base de extrapolaciones y del descenso del número de casos.

A pesar del retraso, es una buena noticia, porque estos estudios de seroprevalencia deben ser realizados en modo continuo, para seguir el paso de la pandemia y, de esa manera, obtener información más fiable que incremente la eficacia y la eficiencia de la capacidad de respuesta del Sistema Nacional de Salud ante la pandemia. El estudio de seroprevalencia permite conocer la cantidad de gente que ya ha entrado en contacto con el virus, e implica elegir una muestra estadística, tipo encuesta. Es decir, un universo representativo de toda la población peruana, que luego de realizarse las pruebas serológicas (las pruebas rápidas) que buscan anticuerpos en la sangre, se proyectan los resultados, no solo a nivel nacional, sino también a nivel regional y local. Es así que ya en julio de este año, por ejemplo, Iquitos, arrojaba una cifra de 75 % de prevalencia.

Es necesario remarcar que las pruebas que se realizan a los enfermos que acuden a los establecimientos de salud nos permiten contabilizar el número de contagiados, pero no nos indican la proporción de la población que ya ha tenido contacto con el virus y que, por tanto, ya es portadora de anticuerpos y de respuesta inmunitaria. Es decir, las pruebas serológicas utilizadas con fines de diagnóstico y tratamiento de pacientes no se pueden adicionar o considerar en los estudios de seroprevalencia. Además, no se han tomado pruebas a los casos leves ni a los moderados, que no han llegado a los establecimientos de salud; y menos aún a los asintomáticos. El estudio de seroprevalencia confirmará, lo que es obvio, que el número de los casos reales de infectados es superior al número que ha reportado hasta la fecha el propio Minsa.

“

El estudio de seroprevalencia confirmará, lo que es obvio, que el número de los casos reales de infectados es superior al número que ha reportado hasta la fecha el propio Minsa.

”

Sin embargo, existe la necesidad de prever si es posible aún, una “nueva ola” de contagios –y de ser el caso, la magnitud– mediante el conocimiento de las personas que aún quedan susceptibles de enfermar por el covid-19. El estudio de seroprevalencia nos proveerá esa respuesta. El propio Gobierno trabaja con un alto nivel de incertidumbre. Además, los funcionarios señalan que es probable una nueva ola; no obstante, han tomado la decisión de empezar la cuarta fase de la reactivación económica, que conlleva un aumento progresivo de las aglomeraciones. Es decir, dan un doble discurso, un mensaje confuso, que pone en aprietos a la población.

El estudio de seroprevalencia, también nos permitirá saber qué tan cerca estamos de la inmunidad de rebaño. El Minsa no ha difundido ese objetivo específico; sin embargo, es la esperanza de la población. Como se sabe, con un 70 % de inmunidad de la población, el contagio del virus de persona a persona se dificulta, se corta la transmisión, porque los inmunizados protegen a los que aún restan infectarse. Esta esperanza no es lejana debido al enorme número de contagiados y fallecidos reportados. Y también por las condiciones de hacinamiento de las viviendas, la precariedad en la salubridad, la informalidad económica y social que obliga a la aglomeración, y una pirámide poblacional más ancha en la población joven y adulto joven. Estos

“

Sin embargo, existe la necesidad de prever si es posible aún, una “nueva ola” de contagios –y de ser el caso, la magnitud– mediante el conocimiento de las personas que aún quedan susceptibles de enfermar por el covid-19.

”

elementos, que al inicio fueron una enorme desventaja para combatir la transmisión de la pandemia, ahora –debido a la magnitud de la propagación del virus– podrían transformarse en una fortaleza. Es decir, alcanzar la inmunidad de rebaño.

El cuestionamiento mayor a la inmunidad de rebaño es su solidez y la sostenibilidad en el tiempo. Las respuestas aún son inciertas debido a que el virus es nuevo, tiene diez escasos meses. Hasta la fecha, los datos son esperanzadores. Los casos de reinfección son muy

escasos y los reportes a veces no son concluyentes. El Gobierno tampoco ha dado mensajes claros con relación a la inmunidad de rebaño. Es obvio que no es el mejor escenario para que el Gobierno demuestre su capacidad en la gestión de la pandemia.

Las medidas preventivas, el suministro de medicamentos y las vacunas son necesarios para combatir las pandemias. Sin embargo, cuando un virus es nuevo, no hay tratamientos específicos ni vacunas. En el mejor de los casos, se necesita tiempo para la investigación, la aprobación, la producción, la distribución y la aplicación. La única medida eficaz desde el inicio es la prevención, con enfoque comunitario. No obstante, el Gobierno hizo todo lo contrario. Desconfió de la organización comunitaria y cerró los puestos y centros de salud. El enfoque hospitalario, militar y policial del Gobierno ha fracasado.

¹ Radio Programas del Perú. Portal RPP. Octubre de 2020.

El plan del Minsa y su capacidad de respuesta

Preparándose para la segunda ola de contagios¹

El Ministerio de Salud (Minsa) ha presentado los objetivos del Plan de Respuesta ante una posible segunda ola de la pandemia de covid-19. Al margen de las cifras de futuros escenarios –de riesgo bajo, riesgo mediano y alto riesgo–, de los nuevos casos y fallecidos, llama la atención el enfoque y la metodología que empleará el Minsa en el futuro. Las propuestas constructivas y las lecciones no han sido tomadas en cuenta. Una vez más se insiste en el enfoque hospitalario, militar y policial.

Según el Plan se pretende fortalecer la organización, la coordinación y la participación multisectorial en los tres niveles de gobierno; pero, por increíble que parezca, no se ha incluido a la organización comunitaria. Es decir, plantea el fortalecimiento de la relación al interior del Estado, bajo la premisa de estrechar los lazos Estado-Estado en los tres niveles de gobierno. Los detalles abundan para explicar la forma en que se implementaría este objetivo; sin embargo, no ha esbozado ninguna iniciativa legislativa o lineamientos del futuro Reglamento de la Ley N.º 30895 “que fortalece la función rectora del Minsa”.

Además, para prevenir y controlar la transmisión comunitaria se propone la implementación de Centros de Aislamiento Temporal (CAT) para los casos en que no se pueda disponer del aislamiento domiciliario. Asimismo, se anuncian normas para el aislamiento domiciliario y un plan de fortalecimiento de estos Centros de Aislamiento Temporal. Resalta la detección oportuna de casos de covid-19, con la intensificación de la vigilancia e investigación epidemiológica, mediante el diagnóstico de laboratorio (con pruebas moleculares y

“

Las propuestas constructivas y las lecciones no han sido tomadas en cuenta. Una vez más se insiste en el enfoque hospitalario, militar y policial.

”

antigénicas) y las aplicaciones para dispositivos móviles. Pero, como se puede apreciar, la organización comunitaria es la gran ausente.

El Operativo Tayta, como su nombre lo indica, es una Operación Territorial de Ayuda para el Tratamiento y Aislamiento (Tayta) a cargo del Ministerio de Defensa. Es una acción cívico militar con la finalidad de fortalecer la lucha contra el covid-19. El Minsa ha

señalado que realizará alianzas con estos operativos; sin embargo, no ha aclarado qué implica esto y cómo se ejecutarán esas alianzas y por qué no se transfieren al Minsa. Los operativos cívico-militares son verticales, temporales y compiten con los centros y puestos de salud del Primer Nivel de Salud.

La misma lógica la encontramos en las aplicaciones móviles que ha hecho el Ministerio de Defensa, sobre la base de la autorización excepcional, debido a la pandemia, para el uso de la geolocalización de los teléfonos celulares de todos los peruanos. Este aplicativo informático y la autorización de la geolocalización debería ser trasladada al Minsa, sobre todo porque el Minsa ya ha realizado las modificaciones técnicas necesarias y las ha adaptado a sus necesidades. Además, a estas alturas, ¿para que le es útil esa información al Ministerio de Defensa? Sin embargo, en manos del Ministerio de Salud, con las precauciones a que está obligado por la ley para el respeto de la intimidad y de los derechos humanos, sería una herramienta eficaz para la lucha contra la pandemia.

El Plan señala que es necesario fortalecer el nivel de conocimiento y percepción de la población, a través de infografías, videos, documentales, *spots* de radio, televisión, noticias, redes sociales, etc. Sin embargo, para que ese gasto tenga impacto en la comunidad, se requiere presencia de la organización y del enfoque comunitario. Y que la información, la comunicación y la educación se refieran a temas concretos de la propia comunidad, con aspectos ligados a sus usos y costumbres, además, del respeto de su peculiaridad y pertenencia cultural.

El Plan resalta el “fortalecimiento de la disponibilidad de suministros estratégicos con un soporte administrativo y logístico eficiente”. Hubiese

sido mejor que el Minsa coloque en primer lugar a la eficacia. En salud, es poco empático colocar en primer lugar a la eficiencia, porque la vida y la salud son fines en sí mismos. Lo obvio es ser eficaz y eficiente. Asegurar la existencia de insumos y medicamentos estratégicos, sin corregir los 82 nudos críticos que obstaculizan su abastecimiento, parece una misión imposible. Además, se ha retrasado, en modo inexplicable, el proceso de actualización del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales (PNUME), con los mecanismos de transparencia que exige la Ley N.º 31013. Por ejemplo, es inconcebible que aún se mantenga solo el oxígeno medicinal al 99 % de concentración, cuando es útil desde el 93 %. Esa actualización del PNUME amplía el mercado, fortalece la competencia y facilita el suministro.

Hubiese sido mejor que el Minsa coloque en primer lugar a la eficacia. En salud, es poco empático colocar en primer lugar a la eficiencia, porque la vida y la salud son fines en sí mismos. Lo obvio es ser eficaz y eficiente.

El “fortalecimiento de la capacidad de respuesta para la atención de pacientes” requiere personal; pero debido a la incertidumbre, el Minsa ha planteado renovar los contratos, a pesar de la disminución de casos de covid-19, porque son necesarios para realizar otras actividades médicas y de salud. Sin embargo, aún no cumple con los temas laborales del personal nombrado: la escala salarial, el nombramiento de contratados, ascenso, cambio de grupo ocupacional y de línea de carrera, bioseguridad, entre otros aspectos que han creado una enorme conflictividad laboral. Además, el Gobierno ha interpuesto una acción de inconstitucionalidad contra la Ley N.º 31039 que, en modo parcial, resuelve esos aspectos laborales. No parece una buena alternativa soslayar a los servidores del sector salud y pretender fortalecer la capacidad de respuesta del Minsa y del Sistema Nacional de Salud.

¹ Cuba Herberth. Portal cuba.pe. Octubre de 2020.

El retiro de fármacos, la ciencia y el covid-19

Una contienda que el Minsa debería resolver¹

Durante los últimos días, ha existido una fuerte controversia sobre el desempeño del Gobierno con relación a los tratamientos “específicos” contra el covid-19. Incluso se han puesto en debate los derechos de los pacientes y usuarios de los servicios de salud, y también la responsabilidad del Gobierno sobre la capacidad de respuesta frente a la pandemia.

Se promulgaron dos resoluciones ministeriales. La primera es del 13 de abril de 2020, la RM N.º 193-2020-Minsa, que aprueba el Documento Técnico: Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de personas afectadas por covid-19, que en su numeral 7.9 autoriza la inclusión y la utilización de los fármacos hidroxiquina y azitromicina en el tratamiento de los pacientes con covid-19. La segunda resolución es del 12 de octubre de 2020, la RM N.º 839-2020/Minsa, “que aprueba el documento técnico de Prevención, diagnóstico y tratamiento de los hospitalizados por covid-19”, que excluye la administración de estos medicamentos en los pacientes hospitalizados por covid-19. Ambas resoluciones promulgadas deben incluir una motivación científica que sustente su uso y su posterior exclusión. Según el tenor de las resoluciones, estos estudios están contenidos en los informes que ha suscrito la Dirección General de Intervenciones Estratégicas del propio Ministerio de Salud (Minsa).

Hay que señalar que hasta la fecha no existe tratamiento específico contra el covid-19. Sin embargo, el numeral 7.9 de la resolución del Minsa –que autoriza los tratamientos específicos que incluye a la hidroxiquina, azitromicina, entre otros– se basa en el argumento de que “existen estudios internacionales sobre el uso de fármacos que ofrecen un limitado nivel de

evidencia”. Además, se “respalda” en la solicitud de las sociedades científicas nacionales “en consenso” con el Grupo de Trabajo Covid-19 del Minsa. Como es conocido, la norma ofrece un tratamiento para todos los casos –es decir, para los “leves, moderados y severos”–, presenta un cuadro con los esquemas de tratamiento e incluye la evaluación individual y el “consentimiento informado” del paciente. La segunda resolución del Minsa excluye estos fármacos solo para los pacientes hospitalizados; es decir, para los complicados y graves. Aún se mantienen para el uso en los casos leves y en los tratamientos ambulatorios.

El estudio “Efectividad en el mundo real de la hidroxiclороquina, azitromicina e ivermectina entre pacientes hospitalizados con covid-19: resultado de una emulación de un ensayo objetivo utilizando datos de observación de un sistema de salud nacional en Perú”, financiado por el Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación, (IETSI) de Essalud, ha concluido que el uso de estos fármacos no aporta aspecto benéfico alguno en el tratamiento del covid-19. Y también que la combinación de la hidroxiclороquina con la azitromicina parece incluso empeorar la salud de los pacientes con mayor “riesgo de muerte por todas las causas”: “El estudio no informó efectos beneficiosos”. Es necesario remarcar que los derechos de autor del estudio pertenecen al IETSI de Essalud, y también que se trata de “un artículo preliminar que no ha sido certificado por revisión de pares”. Es decir, que aún no ha sido evaluado por nuevas investigaciones, y, por lo tanto, no debe utilizarse para guiar la práctica clínica. Eso significa que “los autores no han finalizado el artículo, que puede contener errores”. Aún se espera la revisión y el respaldo de la comunidad científica mundial.

Essalud emitió el 9 de octubre de 2020 la Resolución de Presidencia Ejecutiva N.º 869-PE-Essalud-2020, que da por concluido el encargo de la directora del IETSI, porque “las razones que determinaron dicha encargatura han quedado insubsistentes”; y además porque “se encuentra obligada a guardar la debida reserva respecto de los asuntos o información a la cual haya tenido acceso”. Como se puede apreciar, esta resolución de Essalud precede ocho días a la resolución

“

Sería intolerable una represalia por la prepublicación de un estudio que aún requiere la confirmación de pares de la comunidad científica mundial.

”

“

Luego de las dos resoluciones del Minsa y la de Essalud, se ha puesto en tela de juicio la idoneidad científica de estas instituciones para tomar decisiones.

”

del Minsa que excluye los fármacos hidroxiclороquina y azitromicina del tratamiento de los pacientes hospitalizados con covid-19. Esta coincidencia ha generado una serie de comentarios poco provechosos para la investigación científica y la conducción de las instituciones de salud del país. Sería intolerable una represalia por la prepublicación de un estudio que aún requiere la confirmación de pares de la comunidad científica mundial.

Luego de las dos resoluciones del Minsa y la de Essalud, se ha puesto en tela de juicio la idoneidad científica de estas instituciones para tomar decisiones. La pobreza de las justificaciones técnicas y científicas, aunadas a la conferencia desde Palacio de Gobierno, en la que se promulgó la primera resolución, generaron mucha esperanza, ante el miedo y clamor de la población. Sin embargo, la realidad era otra. Como sabemos, se trata en realidad de un virus nuevo que, a pesar del tiempo transcurrido, tiene muchas incógnitas.

Los reclamos de los diversos investigadores nacionales y extranjeros para impedir –y luego suspender– la autorización de estos fármacos se han visto contrastados, por otro lado, con la experiencia de profesionales médicos que, según muchos de ellos, han comprobado la efectividad de estos fármacos. Una contienda que el Minsa, como ente rector del Sistema Nacional de Salud, debería resolver. Sin embargo, las marchas y contramarchas han incrementado el conflicto, al punto que existe la tendencia a una politización creciente de esa controversia. Además los riesgos que señalan los estudios de Essalud, incluso de vida, podrán generar serios litigios legales si el Gobierno y el Minsa no afrontan esta controversia en el contexto de la pandemia y con bases científicas.

¹ Cuba Herberth. Portal El Montonero. elmontonero.pe Octubre de 2020.

Acuerdo Nacional y medicamentos esenciales

Sobre el Petitorio Nacional Único de Medicamentos (PNUME)

Desde los primeros días de septiembre de 2020, los representantes de cada uno de los componentes del Foro del Acuerdo Nacional han trabajado para lograr consensos ante la propuesta del Gobierno de construir el Sistema Unificado de Salud. Como sabemos, el Gobierno ha planteado cinco puntos en el Pacto Perú, que incluyen –además, del Sistema Unificado de Salud– “la calidad educativa que elimine la brecha entre la educación urbana y la rural, la promoción de crecimiento económico sostenible que desmantele las prácticas anticompetitivas, la continuación de la reforma política y del Sistema de Justicia, y la lucha contra la pobreza para cerrar brechas sociales”. Cada uno de los cinco puntos ha merecido un grupo de trabajo, con expertos de los partidos políticos, de la sociedad civil y de los gremios empresariales y sindicales que forman parte del Foro del Acuerdo Nacional.

El Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales (PNUME) es una lista de medicamentos seleccionados con gran impacto en la atención de salud, que facilita la gestión y el uso racional y eficiente de los recursos económicos, en función de las prioridades sanitarias. El Petitorio tiene un fundamento científico, farmacológico, orientado a la salud pública; pero también en función de los recursos económicos del país. Además, norma las condiciones del uso de los medicamentos esenciales en los centros y puestos de salud, así como en los establecimientos hospitalarios. El Petitorio cumple un rol importante en el proceso de abastecimiento y suministro del sector Salud, y en ejercicio del derecho a la salud de los ciudadanos. Por tanto, es un componente fundamental de la Política Nacional de Medicamentos.

“

Cada uno de los cinco puntos ha merecido un grupo de trabajo, con expertos de los partidos políticos, de la sociedad civil y de los gremios empresariales y sindicales que forman parte del Foro del Acuerdo Nacional.

”

La Ley N.º 29459 –Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios– en su artículo 34 señala que el Petitorio “se actualiza bianualmente” y se aprueba por resolución ministerial del Minsa, con la debida “sustentación técnica que fundamente las razones para la “inclusión o exclusión” de los fármacos. Sin embargo, debido a las implicancias sobre la salud pública y sobre el ejercicio de los derechos a la salud de los ciudadanos, la sola “sustentación técnica” resulta insuficiente. El frío análisis burocrático marchaba a veces a

contracorriente de las necesidades de la gente. Es así que el 27 de marzo de 2020 se promulgó la Ley N.º 31013¹, que modifica a la Ley N.º 29459 e incorpora en su artículo 34 la participación ciudadana en la elaboración del Petitorio. Y el 16 de octubre de 2020 se ha promulgado la Resolución Ministerial N.º 847-2020/Minsa, que dispone la publicación del Proyecto de Documento Técnico: “Manual de participación ciudadana en la elaboración del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME)”, y otorga un plazo de 15 días calendario para recibir los comentarios y sugerencias, para proceder luego a su aprobación.

Como sabemos, el proyecto que dio origen a la Ley N.º 31013, que incorpora la participación ciudadana en la elaboración del PNUME, no ha tenido opinión favorable por parte de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (Digemid) ni del Ministerio de Salud. Además ha sido una norma promulgada por el Congreso de la República, en vista de que se vencieron los 15 días en que el presidente de la República podía hacerlo. La negativa del Minsa a aceptar la participación social tenía el pretexto de que se trataba de un documento técnico y que debería estar ajeno a las controversias de la competencia empresarial y del mercado. Sin embargo, por esas mismas razones, es cierto lo contrario. Es decir, la debida motivación científica y técnica, la consideración de los aspectos de salud pública y del ejercicio del derecho a la salud y seguridad social, como parte de los derechos humanos, exige como antídoto la más amplia participación social. La nocturnidad en la toma de decisiones no es la mejor forma de resolver las presiones de los “grupos interesados” para incluir o excluir fármacos del Petitorio.

La prepublicación es tardía porque los plazos otorgados por la ley se vencieron el 27 de julio y la actualización del PNUME se deberá efectuar a más tardar en diciembre de 2020. Además, existen actos administrativos preparatorios que aún no se han dado a conocer. Es necesario tomar en cuenta que en los consensos logrados por los expertos en el Foro del Acuerdo Nacional se ha resaltado la importancia de “optimizar los mecanismos de mejora, desarrollo y actualización del Petitorio Nacional Único de Medicamentos, con transparencia y participación social, sobre la base de las necesidades de salud, incluyendo a las enfermedades locales y raras, con actualización periódica en base a la medicina basada en evidencias científicas y del desarrollo de las ciencias médicas”. Un gran aporte.

“

La negativa del Minsa a aceptar la participación social tenía el pretexto de que se trataba de un documento técnico y que debería estar ajeno a las controversias de la competencia empresarial y del mercado. Sin embargo, por esas mismas razones, es cierto lo contrario.

”

Es un acierto que el documento prepublicado incluya cuatro definiciones operativas, referidas a lo que se entiende por conflicto de interés, exclusión, inclusión y medicamentos esenciales. Es obvio que la participación social debe estar alineada con el objetivo del Petitorio y no en obtener “beneficios propios o de terceros”, ya sean estos privados o empresariales. Por ejemplo, queda aún pendiente esclarecer cuáles han sido los estudios técnicos que sustentaron, en su momento, la inclusión en el PNUME solo del oxígeno medicinal con concentración del 99 %, y que se excluya al oxígeno de más del 93 %. Pero, lo más grave, ¿cuánto tiempo esperará el Minsa para resolver esta equivocada exclusión?

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Ley 31013. 27 de marzo de 2020

La vacunación contra el covid-19 en el Perú

¿Será obligatoria la aplicación de la vacuna?

Se ha promulgado, el 16 de octubre de 2020, la Resolución Ministerial N.º 848-2020/Minsa que aprueba el Plan Nacional de Vacunación contra el covid-19, con la finalidad de inmunizar a más de 22 millones de personas, en tres fases, en función a la “situación epidemiológica y las prioridades sanitarias” del país¹. El presupuesto asignado es más de 400 millones de soles para el 2020 y más de 2 600 millones de soles para el 2021; es decir, un total asignado de más de 3 000 millones de soles. En la primera fase se busca “proteger la integridad del Sistema Nacional de Salud y la continuidad de sus servicios”; en la segunda fase, impedir la “afectación de la población de mayor riesgo”; y en la tercera fase “reducir la transmisión y generar la inmunidad de rebaño”.

El documento técnico, cita como fuente a la OMS para señalar que “de las 40 vacunas que se encuentran en ensayos clínicos en humanos, 10 están en fase III, 13 en fase II y 17 en fase I. Las plataformas en las que se están produciendo estas vacunas, son diversas: 6 vacunas con virus inactivado, 9 en vector viral, 6 son ARN, 4 son ADN, 13 en unidades proteicas y 2 en partícula pseudovírica”. Y concluye que “la situación es bastante compleja para la planificación, organización y ejecución de la vacunación, pues las necesidades totales de vacuna por los países no podrán ser satisfechas en el corto tiempo”.

El amplio abanico de plataformas de producción de vacunas complica el proceso de selección de la vacuna eficaz, segura y de bajo costo; sobre todo si se toma en cuenta la realidad nacional y nuestras capacidades

logísticas y de suministro a nivel nacional. Ese proceso de selección debe ser transparente con amplia participación social, tal como está normado en la Ley N.º 31013; mientras se debate y promulga una Ley General de Inmunizaciones que establezca el marco jurídico, los principios, las competencias y las obligaciones de los órganos de salud, del sector público y privado, que aseguren el ejercicio irrestricto del derecho humano a la salud de las personas.

El presupuesto asignado es de más 400 millones de soles para el 2020 y más de 2 600 millones de soles para el 2021; es decir, un total asignado de más de 3000 millones de soles.

Como sabemos, la Ley N.º 28010, General de Vacunas vigente, promulgada el 20 de junio de 2003, es escueta y solo versa sobre la inafectación de derechos arancelarios, la utilización del Fondo Rotatorio y la provisión de fondos. Y señala al Ministerio de Salud (Minsa) como el ente responsable “de establecer la sectorización y el calendario de vacunación, así como de vigilar su cumplimiento”. Además “declara las actividades de vacunación obligatoria para la Salud Pública Nacional”. Como se puede apreciar, la declaración es ambigua, y la norma en su totalidad es incompleta e insuficiente.

El presidente de la República ha remitido al Congreso de la República el Proyecto de Ley N.º 6273-2020-PE, que modifica el artículo 8 de la Ley N.º 29459², Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, con la finalidad de otorgar el registro sanitario a los medicamentos y productos biológicos con estudios clínicos en fase III, condicional por un año y renovable. La impotencia del registro sanitario radica en que luego de haberse acreditado la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos y productos biológicos, faculta “la fabricación, importación, almacenamiento, distribución, comercialización, promoción, dispensación, expendio o el uso de dichos productos”. Las vacunas y cualquier otro medicamento para consumo humano deben poseer el registro sanitario. Sin embargo, la propuesta de modificación legislativa del Gobierno implica flexibilizar el otorgamiento de registro sanitario para el uso humano y masivo de vacunas y medicamentos aún en fase III de experimentación; es decir, sin haber certificado la culminación de los ensayos clínicos y sin haber acreditado seguridad y eficacia.

“

Es decir, existe el riesgo y el temor de la población de recibir en modo obligatorio vacunas y medicamentos aún en fase III de experimentación.

”

La ambigüedad de la Ley N.º 28010, Ley de Vacunas, ha generado una gran polémica, no solo entre los profesionales y trabajadores del Sistema Nacional de Salud, sino también en la población en general, porque remarca el rol del Minsa en el diseño y ejecución de “las actividades de vacunación obligatoria”. Es decir, existe el riesgo y el temor de la población de recibir en modo obligatorio vacunas y medicamentos aún en fase III

de experimentación. La ministra de Salud ha aclarado que el Minsa está obligado a realizar las actividades de vacunación, pero que la aplicación de la vacuna a la población es voluntaria. Buena aclaración, aunque tardía, porque hubiese sido oportuno que el Proyecto de Ley del Ejecutivo consignara esa voluntariedad. Sin embargo, el Plan Nacional de Vacunación contra el covid-19 promulgado por el Minsa señala que son obligatorias. El Minsa debe corregir esa incoherencia.

Es necesario evaluar el tiempo pedido por las propias empresas investigadoras para culminar los ensayos clínicos, que oscila entre 13 y 16 meses. Es decir, es poco probable tener antes de esos plazos vacunas certificadas, seguras y eficaces. Además, a mediados de noviembre de 2020 se conocerán los resultados del estudio nacional de seroprevalencia; es decir, se conocerá qué proporción de la población ha entrado en contacto con el virus y ha logrado inmunidad. En consecuencia, entonces se podrá ponderar la importancia de la vacunación para los diversos segmentos de la población en general. El Gobierno y el Minsa están en la obligación de poner en práctica el primer principio de la ética médica: *primum non nocere* (“en primer lugar, no hacer daño”).

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Resolución Ministerial N.º 848-2020/Minsa. 16 de octubre de 2020.

² Congreso de la República. Proyecto del Ley N.º 6273-2020-PE. Oficio N.º 196-2020-PR del 25 de septiembre de 2020.

La función rectora del Minsa y su reglamentación

Ha sido tergiversada en plena pandemia

El 15 de octubre de 2020 ha sido promulgado el Reglamento de la Ley N.º 30895, ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud¹ (Minsa). Los 30 días que estipula la ley se convirtieron en casi dos años. La demora es la expresión de las contradicciones entre los altos funcionarios del Gobierno sobre el modelo de rectoría. Existe una maraña de normas, a veces contradictorias, para la función rectora del Minsa. Por ejemplo, el Decreto Legislativo N.º 1161 de diciembre de 2013, la Ley N.º 30895 del 30 de diciembre 2018, el Decreto de Urgencia N.º 025-2020 del 11 de marzo de 2020, el Decreto de Urgencia N.º 035-2020 del 3 de abril de 2020, el Decreto Legislativo N.º 1504 del 10 de mayo de 2020, el Decreto de Urgencia N.º 083-2020, del 12 de julio de 2020. Como se puede observar, a excepción de la Ley N.º 30895, todas las normas son decretos legislativos y de urgencia; es decir, que poseen rango de ley, pero que provienen de la sola voluntad del Poder Ejecutivo.

El Decreto Legislativo N.º 1161 concibe la rectoría como el resultado de un Estado mínimo, que conduce el sector Salud mediante convenios y contratos; además, sin precisar en modo explícito las instituciones bajo su ámbito. En cambio, la Ley N.º 30895, concibe la rectoría como el ejercicio del poder político y, por tanto, le otorga como contraparte, también, potestad sancionadora fuerte. En otras palabras, entre el modelo de la reforma humalista del DL N.º 1161 y la Ley N.º 30895, aprobada el 2018 por el Congreso de la República, existía una contradicción insalvable. Eran dos enfoques distintos. El modelo humalista de contratos y convenios, que como sabemos, la mayoría de las veces no se cumplen y, además, debido a las características

“

El Decreto Legislativo N.º 1161 concibe la rectoría como el resultado de un Estado mínimo, que conduce el sector Salud mediante convenios y contratos; además, sin precisar en modo explícito las instituciones bajo su ámbito.

”

de la gestión gubernamental y del sistema de justicia, a menudo son inejecutables. En cambio, la Ley N.º 30895 precisa un Estado fuerte, con políticas nacionales, sectoriales, planes, programas y estrategias sanitarias, entre otras normas explícitas, obligatorias y vinculantes; y con tipificación de las faltas por incumplimiento con la correspondiente sanción. Además, como sabemos, señala en modo explícito las instituciones que se encuentran bajo su ámbito de rectoría.

Durante la pandemia se sucedieron una serie de decretos de urgencia,

de acuerdo con la conveniencia del momento y al margen de esa controversia. Sin embargo, el Decreto Legislativo N.º 1504 aborda la contradicción y la resuelve mediante la adecuación y adaptación de la Ley N.º 30895 al modelo humalista del Estado mínimo, débil y proclive al mercantilismo. De esta manera retorna a la rectoría mediante convenios y contratos que encarga, en la medida de lo posible, la potestad sancionadora a terceros. Asimismo, modifica la composición del Sistema Nacional de Salud para convertirlo solo en un órgano consultivo; es decir, sin capacidad de ejercer el poder político. Además, el DL N.º 1504, también derogó la Ley N.º 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, cuya finalidad era “lograr el cuidado integral de todos los peruanos y avanzar hacia la Seguridad Social Universal”.

Bajo esos márgenes legales, poco se podía esperar de esa reglamentación. Señala, por ejemplo, que el Reglamento tiene por “finalidad desarrollar y contribuir a garantizar el ejercicio de las funciones otorgadas al Minsa como único ente rector del sector Salud y Autoridad Nacional de Salud.” Es decir, el Minsa se ha reducido a su mínima expresión y, por tanto, se deja de lado la rectoría sobre el Sistema Nacional de Salud. Además, “desarrollar y contribuir a garantizar el ejercicio de las funciones otorgadas al Minsa” implica sacar el cuerpo a las funciones de financiamiento y provisión de los servicios de salud para lograr el cuidado integral de los peruanos y avanzar hacia la Seguridad Social Universal en Salud. Incluso se pone cortapisas para cumplir el artículo

9 de la Constitución Política; y sobre todo los derechos humanos en salud y seguridad social, al amparo del Sistema Interamericano de Derecho Humanos.

Los principios que plantea el Reglamento –que, dicho sea de paso, no están en las leyes que lo sustentan– solo justifican que el Minsa promueva y fiscalice el correcto cumplimiento de las políticas nacionales, sectoriales y multisectoriales, así como la normatividad con repercusión en la salud. Como observamos, remarca que su función solo se reduce a “diseñar, formular, conducir, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar, evaluar las políticas, planes y programas”. Es decir, han desaparecido por completo los roles de financiador y prestador. Además, reducen su ámbito, según el artículo 4, solo a los referidos en el artículo 23 del propio Reglamento, que se refiere a los componentes señalados no en la Ley N.º 30895, como debería ser, sino en la Ley N.º 29344 “Marco de Aseguramiento”. En otras palabras, a las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento (lafas), a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress), y las entidades conexas. De esta manera se elude la enumeración de “Essalud, Sanidad de la Policía Nacional, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Instituciones de Salud del Gobierno Nacional y de los gobiernos regionales y locales y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas”, tal como en modo expreso es señalado por la Ley N.º 30895. Y por si fuera poco, dejan para una próxima fecha el “Reglamento de infracciones y sanciones”, que debería ser la esencia del presente reglamento.

Una tremenda tergiversación de la función rectora del Minsa en plena pandemia. ¡Un retroceso más, sí importa!

“

Además, el DL N.º 1504, también derogó la Ley N.º 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, cuya finalidad era “lograr el cuidado integral de todos los peruanos y avanzar hacia la Seguridad Social Universal”.

”

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Ley 30895. 28 de diciembre de 2018

Susalud y la autonomía de los colegios profesionales

Debe corregir su orientación punitiva contra los profesionales de la salud

La gestión de la pandemia por parte del Gobierno ha acarreado múltiples quejas de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. El reclamo y la protesta se han convertido, a veces, en maltrato, incluso en agresiones físicas contra los profesionales y trabajadores del sector salud. Otras veces los usuarios han recurrido a quejas administrativas, civiles o penales, y a los respectivos colegios profesionales. Los insultos, maltratos y agresiones generan rechazo y al mismo tiempo solidaridad con los agraviados. La falta de protección del Gobierno y la ausencia de una legislación que disuada a los violentos y maltratadores se ha exacerbado por las restricciones de recursos estratégicos básicos –como el oxígeno, los medicamentos y las camas, entre otros– que han afectado a casi la totalidad de servidores; pero sobre todo, a las mujeres profesionales.

El Gobierno, mediante normas del Poder Ejecutivo y de la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud), ha trasladado las responsabilidades de las aseguradoras, por incumplimiento de los planes contratados, a los establecimientos de salud que han atendido, o atienden, en modo directo a los pacientes. Asimismo, existe la pretensión de que la responsabilidad de estos establecimientos sea traspasada a los profesionales de la salud. Es decir, la responsabilidad por la mala gestión de la pandemia recaería, en modo increíble, por una transferencia en cascada, en los profesionales y servidores de la salud.

En ese contexto, Susalud ha promulgado la Resolución N.º 101-2020-SUSALUD/S que dispone la publicación del Proyecto de Reglamento de

“

El reclamo y la protesta se han convertido, a veces, en maltrato, incluso en agresiones físicas contra los profesionales y trabajadores del sector salud.

”

Registro de Sanciones de los Profesionales de la Salud, para recibir comentarios por un plazo de 30 días. Como sabemos, la Ley N.º 29414¹, promulgada el 2 de octubre del 2009, excluye a los colegios profesionales de sus alcances, mediante su artículo 23; “las incompatibilidades, limitaciones, prohibiciones y vulneraciones de derechos a los que se refiere el presente capítulo, se rigen por las normas laborales, administrativas, civiles y penales, los códigos de ética y deontología y

las normas estatutarias de los colegios profesionales correspondientes”. A pesar de esa exclusión, el Reglamento de la Ley N.º 29414 (DS N.º 027-2015-SA), mediante su primera disposición complementaria final, incorporó la creación de un registro de sanciones de los profesionales de la salud, e incluye al decano nacional de cada colegio profesional para que, por escrito, comunique a Susalud, en un plazo de 10 días de haber quedado firme la resolución que impuso la sanción a sus agremiados.

Luego de 11 años de la promulgación de la Ley N.º 29414, Susalud plantea crear en su seno el Registro de Sanciones de los Profesionales de la Salud, sin haber corregido, en modo previo, la contradicción legal que existe entre la Ley y el Reglamento. Asimismo, pretende incorporar, en plena pandemia, bajo su ámbito a los colegios profesionales, sin advertir que estos gozan de autonomía constitucional (artículo 20 de la Constitución Política). Por ejemplo, en modo explícito, en el artículo 3 del Proyecto de Reglamento de Registro de Sanciones de los Profesionales de la Salud, se señala como “ámbito de aplicación: Las disposiciones de la presente norma son de aplicación a todos los colegios profesionales de la salud a nivel nacional.” De la misma forma, el Proyecto señala que el decano nacional comunica a Susalud, por escrito, las sanciones firmes impuestas por su colegio profesional a sus agremiados, con un formato anexo. Además, que la vigencia de la publicación por parte de Susalud es de un año, luego de vencida la amonestación, suspensión, inhabilitación temporal y el cumplimiento de la multa.

También, el propio decano “puede solicitar a Susalud la cancelación de la información incluida en el Registro de Sanciones de Susalud, luego de vencido el plazo, según otro formato anexo, salvo en los casos de inhabilitación

definitiva. Cómo se puede apreciar, el Proyecto de Reglamento del Registro de Sanciones de Susalud no ha tomado en cuenta la impugnación judicial que realizan la mayoría de las veces sus miembros a las sanciones impuestas por los colegios profesionales. La referencia taxativa, por ejemplo, a la inhabilitación definitiva, carece de sustento jurídico e incluso de lógica.

La discusión no reside en el derecho de los usuarios a ser atendidos por profesionales de la salud que no hayan sido sancionados o inhabilitados, ni en la necesidad de crear un registro que oriente a

los “usuarios”, sino si Susalud tiene esa capacidad. La propia Ley N.º 29414, que protege los derechos de los usuarios de los servicios de salud, excluye esa posibilidad. Al contrario, refuerza esa potestad a los propios colegios profesionales. El Proyecto de Reglamento del Registro de Sanciones de Susalud, en el proceso de recolección de la información viola la autonomía de los Colegios Profesionales y la Ley N.º 29414. Insiste en la insalvable contradicción entre el Reglamento y la Ley. Sobre todo porque cada colegio profesional posee un registro de sanciones en cumplimiento irrestricto de la Ley General de Salud y de la Ley N.º 29414. Además, parece más fácil y útil para los usuarios que si pretenden atenderse con un profesional de la salud, revisen previamente el portal web del respectivo colegio profesional.

La estrategia hospitalaria, militar y policial aplicada por el Gobierno y el Minsa contra la pandemia de covid-19 ha sido equivocada. Los funcionarios y las instituciones tienen que asumir sus responsabilidades. Susalud debe corregir su sesgo y su orientación punitiva contra los profesionales de la salud. ¡Basta de culpar al más débil!

“

La discusión no reside en el derecho de los usuarios a ser atendidos por profesionales de la salud que no hayan sido sancionados o inhabilitados, ni en la necesidad de crear un registro que oriente a los “usuarios”, sino si Susalud tiene esa capacidad.

”

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Resolución de Susalud N.º 101-2020-Susalud/S. 15 de octubre de 2020

Implosión de la gestión del covid-19

Ha sido tergiversada en plena pandemia

Las contradicciones en la gestión de la pandemia hacen incomprensible el norte estratégico del Gobierno. Existe una disociación entre lo que se declara en las conferencias y en los medios de comunicación, y lo que acontece en la realidad. Antes el mundo de las palabras y el de los hechos marchaban en modo paralelo, ahora ambos mundos colisionan, se hacen daño y se contradicen. Solo en ese contexto es comprensible la renuncia de los miembros de la Comisión Asesora del Ministerio de Salud (Minsa) en materia de innovación de tecnologías sanitarias para la atención y manejo del covid-19.

Según el propio ministerio, la Comisión Asesora ha enviado nueve informes, ha realizado “muchísimos aportes”; aunque por el contexto del riesgo de la pandemia, “muchas propuestas fueron implementadas, pero no en su totalidad”. Es decir, un reconocimiento explícito de lo afirmado por los renunciantes. Esta Comisión Asesora ha acompañado la gestión ministerial desde el inicio de la pandemia y ha servido como escudo protector de las decisiones técnicas del Minsa, debido al poder como referentes de cada uno de sus miembros. Sin embargo, la reacción del grupo asesor ha sido tardía. Aunque más vale tarde que nunca cuando de lo que se trata es de salvar la verdad y deslindar responsabilidades. Falta saber cuáles han sido las recomendaciones que se implementaron y, sobre todo, cuál ha sido el impacto.

El Gobierno ha señalado que existe la probabilidad de una segunda ola de la pandemia. Incluso ha planteado que es necesario fortalecer la capacidad

“

Por ejemplo, se ha dispuesto la no renovación de los contratos de los servidores de salud que ingresaron al amparo del Decreto de Urgencia 029-2020, bajo la modalidad CAS-Covid-19.

”

de respuesta sanitaria y, por tanto, contar, entre otros aspectos, con el personal suficiente para enfrentar esa eventualidad. Sin embargo, las acciones chocan con esas declaraciones. Por ejemplo, se ha dispuesto la no renovación de los contratos de los servidores de salud que ingresaron al amparo del Decreto de Urgencia N.º 029-2020, bajo la modalidad CAS-Covid-19. El argumento es que fueron contratados para realizar funciones en la atención de los pacientes “sospechosos” y confirmados con

covid-19, y como los casos han disminuido, es necesario prescindir de los contratados, por el momento, hasta en un 50%. Atrás han quedado los deseos de mantener a los contratados por tres meses más. O que debido a la incertidumbre, y la brecha de recursos humanos en el sector salud, podrían desempeñar funciones en otras áreas que no son Covid-19. Además, existe embalse de pacientes por otras enfermedades.

Hay que tomar en cuenta que el primer nivel de atención, los centros y puestos de salud, deben ser reactivados, porque equivocadamente fueron soslayados. También se ha dejado de lado el cumplimiento de los compromisos con los profesionales y trabajadores del sector salud. Por ejemplo, la escala salarial se ha quedado sin presupuesto. Según el Minsa, no hay dinero, pero los funcionarios se han comprometido a buscar saldos “para financiar, aunque sea una parte del tercer tramo” que corresponde al presente año. Tampoco está claro si programarán el cumplimiento con el cuarto y último tramo acordado para el año 2021. Los hechos del Gobierno apuntan a que no habrá una nueva ola de la pandemia. Las acciones colisionan con los dichos.

El tema de los medicamentos y las vacunas contra el covid-19 sigue la misma suerte. Por un lado, el Gobierno arguye que el primer trimestre del próximo año los peruanos serán vacunados contra el covid-19 en tres etapas: la primera, para los cuidadores de la salud; la segunda, para las personas con riesgos y comorbilidades; y la tercera, a la población en general. Sin embargo, las propias empresas que realizan los ensayos clínicos en fase III señalan que por lo menos requieren 16 meses para concluir los estudios.

Además, hay una serie de obstáculos aún por vencer; por ejemplo, la proporción de peruanos que aún no ha entrado en contacto con el virus y, por tanto, aún es susceptible de contagiarse. O al contrario, que ya tuvo contacto y, por tanto, posee inmunidad y hasta qué punto se puede hablar de inmunidad de rebaño. Además, qué tan consistente y durable es la inmunidad natural del virus, o si existe la probabilidad de las reinfecciones. Y, quizá, las mutaciones virales.

El Gobierno ha presentado al Congreso de la República un Proyecto de Ley que modifica el artículo 8 de la Ley N.º 29459¹, “Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios” que permite otorgar registros sanitarios a los medicamentos y vacunas aún en fase III de ensayos clínicos, en modo excepcional y por un año, renovable, cuando exista pandemia. También hay una serie de controversias con algunos de los medicamentos que con mucha publicidad se autorizaron en sendas resoluciones ministeriales y con conferencias de prensa desde Palacio de Gobierno. Las controversias continúan, sobre todo, cuando se propone otorgar registro sanitario a medicamentos que aún se encuentran en fase III de ensayos clínicos.

Los mensajes contradictorios del Gobierno, la renuncia de la Comisión Asesora en materia de innovación de tecnologías sanitarias, la falta de renovación de los contratos de los profesionales y de trabajadores, así como el incumplimiento de los compromisos laborales, entre otros aspectos, demuestran la implosión progresiva de la gestión en salud. ¡Corregir de inmediato!

“

Los mensajes contradictorios del Gobierno, la renuncia de la Comisión Asesora en materia de innovación de tecnologías sanitarias, la falta de renovación de los contratos de los profesionales y de trabajadores, así como el incumplimiento de los compromisos laborales...

”

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Ley 29459. 26 de noviembre de 2009.

Ahora, muertes por la difteria

Descuidos en la Estrategia Nacional de Inmunizaciones

La difteria está causando pánico en Lima. El 30 de octubre se confirmó la muerte de una menor de cinco años, internada en el Hospital Dos de Mayo. Por otro lado, falleció en el Hospital Cayetano Heredia una mujer de 69 años que era portadora de otras enfermedades crónicas y que dio positivo a la prueba molecular para difteria. Como se sabe, es una enfermedad que no ocurría en nuestro país desde hace 20 años. La niña había nacido en Loreto y desde hace un año residía en la zona de Manzanilla en el distrito limeño de La Victoria; mientras que la mujer de 69 años vivía en el distrito de San Martín de Porres. Además se han detectado tres casos nuevos del entorno de la niña, pero con cuadros benignos. Es decir, los casos están ubicados en Lima Centro y Lima Norte, respectivamente. Como respuesta, el Ministerio de Salud (Minsa) declaró una alerta epidemiológica a nivel nacional: ha emitido un documento que resalta la situación de riesgo para la población y recomienda una serie de actividades de salud pública “urgentes y eficaces”.

La difteria es una enfermedad inmunoprevenible; es decir, que existe vacuna segura y eficaz. La vacunación ha sido la razón por la que desde hace 20 años no ha habido ningún caso. La muerte de la niña que no fue vacunada el año 2015 es la evidencia del fallido diseño e implementación de la reforma de salud del lustro humalista. Esa reforma, implementada bajo el pomposo nombre de “aseguramiento en salud”, solo priorizó la medicina curativa y hospitalaria, en detrimento de la medicina preventiva y del Primer Nivel de Atención (los puestos y centros de salud). En ese sentido, la Ley Marco de Aseguramiento solo se ha dedicado a la compraventa de los daños asegurables, y ha dejado de lado las actividades de salud pública, la incidencia

en los determinantes (económicos, sociales y culturales) y la Atención Primaria de Salud (APS).

El Minsa señala que la niña solo recibió una dosis de vacuna al nacer; y como sabemos, a los dos, cuatro y seis meses de vida se reciben las tres dosis de vacuna contra la difteria. Es evidente que la niña, en el año 2015 y parte del año 2016, no recibió las dosis que le correspondían, según el Esquema Nacional de Vacunación. Hay que recordar que el Gobierno humalista dejó una baja cobertura de vacunación en los niños menores de cinco años, de solo el 48 %, cuando debió ser por lo menos del 95 %. Es recién con el inicio del Gobierno de 2016 que se emprendió la recuperación de la estrategia sanitaria de inmunizaciones.

La equivocada estrategia hospitalaria, militar y policial de lucha contra la pandemia de covid-19, que se inició en marzo de 2020, dejó de lado al Primer Nivel de atención; es decir, a las postas y a los centros de salud. Una vez más, el enfoque hospitalario y curativo retornó al Minsa, en detrimento del enfoque comunitario, preventivo y promocional. Como sabemos, las estrategias sanitarias se implementan, incluida la vacunación, precisamente en el Primer Nivel de Atención de Salud, con la movilización de la propia organización comunitaria.

“

La difteria está causando pánico en Lima. El 30 de octubre se confirmó la muerte de una menor de cinco años, internada en el Hospital 2 de Mayo.

”

“

La muerte de la niña que no fue vacunada el año 2015 es la evidencia del fallido diseño e implementación de la reforma de salud del lustro humalista.

”

La niña, nacida el año 2015, debería haber recibido el refuerzo de la vacuna contra la difteria en el presente año; sin embargo, debido a la pandemia, tampoco fue vacunada. Es decir, el descuido de la estrategia nacional de inmunizaciones, por una equivocada estrategia contra la pandemia de covid-19 sigue cobrando víctimas. Algunos medios de comunicación han pretendido trasladar la responsabilidad del sector salud hacia la propia madre

“

La niña, nacida el 2015, debería haber recibido el refuerzo de la vacuna contra la difteria en el presente año; sin embargo, debido a la pandemia, tampoco fue vacunada.

”

de la niña. Es decir, al sufrimiento por la pérdida de su menor hija se agrega la acusación de irresponsabilidad por el incumplimiento del Esquema Nacional de Vacunación que provee el Gobierno. Es increíble porque no toman en cuenta que la estrategia Nacional de Inmunizaciones es una política pública y, por tanto, obligatoria. La negligencia, como es obvio, es gubernamental.

Luego de las muertes, no solo como producto del covid-19 sino ahora también por la difteria, el Gobierno ha volteado la mirada al primer nivel de atención de salud. A pesar de casi haber cerrado los 8 000 establecimientos de salud que existen a nivel nacional, ha proyectado un exigente programa de vacunación a nivel nacional. Es obvio que es una buena acción; por el contrario, es una acción reactiva y tardía. Las víctimas mortales han podido ser evitadas. La desgracia ocurrida nunca podrá ser compensada. El Minsa ha casi destruido la salud pública. Además, las Redes Integradas de Salud (RIS) creadas, según Ley N.º 30885, para fortalecer el Primer Nivel de Atención, han sido distorsionadas. Como vemos, la ideología y el desconocimiento han tenido un correlato funesto. ¡Urge un cambio!



Capítulo 9

La nueva Ley de Vacunas,
pandemia, vacancia y la
sucesión presidencial

Acontecimientos entre el 13 de
noviembre y el 28 de diciembre de 2020

La vacancia y el nuevo Gobierno

La confrontación y el conflicto eran inevitables

El 9 de noviembre de 2020 se aprobó en el Congreso de la República –con 105 votos a favor, 19 en contra y 4 abstenciones– la vacancia del presidente Martín Vizcarra, por incapacidad moral permanente. El día 10, según la línea de sucesión que manda la Constitución Política, debido a la ausencia de vicepresidente, asumió la presidencia de la República Manuel Merino, presidente del Congreso. De esa manera empezó el Gobierno de transición, que tiene la misión de cumplir el cronograma electoral, la lucha contra la pandemia y la reactivación económica, entre otros aspectos urgentes.

El día 11 juramentó el nuevo primer ministro, Ántero Flores-Aráoz; y un día después, el 12 de noviembre, todos los demás ministros. En escasos cuatro días, y en modo progresivo, el nuevo Gobierno ha quedado constituido. El presidente vacado y los cuatro partidos aliados que lo sustentaban han declarado la inconstitucionalidad de la vacancia y han realizado llamamientos para la protesta y la desobediencia civil. Según su argumentación, a pesar de reconocer los presuntos delitos reiterados de corrupción del expresidente, debería ser juzgado y sancionado luego de terminar su mandato presidencial, porque la figura de la incapacidad moral permanente no calza. En este razonamiento existe una disociación que no convence, porque se pretende un trato por cuerdas separadas de la moralidad y del comportamiento corrupto. Es decir, que el acto corrupto puede ser cometido por una persona pulcra y moral.

El segundo argumento es que los congresistas son corruptos; en consecuencia, no tienen capacidad para juzgarlo. Para dicho fin se difundió

una lista de denuncias distorsionada y sesgada. Una generalización peligrosa por antidemocrática, porque el Congreso es la fuente de las leyes, incluso de la modificación constitucional, del control político, de representación de la nación y de designación de los altos funcionarios de la República. El tercer argumento, la falta de oportunidad para vacarlo, porque ya es corto el periodo que queda para terminar su mandato, a pesar de que se había puesto en cuestión la neutralidad del expresidente en las elecciones en curso, demostrada con la sanción del Jurado Nacional

de Elecciones. Y, por último, la existencia de la pandemia, porque exige una acción continuada que no se puede paralizar, y el cambio de Gobierno podría generar desgobierno, pérdida de la continuidad de las políticas.

Este último argumento, esgrimido por el propio expresidente en su defensa, ha calado en el propio nuevo Gobierno, al punto de pretender

“

El 9 de noviembre de 2020 se aprobó en el Congreso de la República –con 105 votos a favor, 19 en contra y 4 abstenciones– la vacancia del presidente Martín Vizcarra, por incapacidad moral permanente.

”

“

En este razonamiento existe una disociación que no convence, porque se pretende un trato por cuerdas separadas de la moralidad y del comportamiento corrupto. Es decir, que el acto corrupto puede ser cometido por una persona pulcra y moral.

”

mantener en el cargo a la ministra de Salud del Gobierno anterior, a pesar de serios cuestionamientos por implementar una equivocada estrategia hospitalaria, militar y policial, que generó el descuido del Primer Nivel de Atención y del enfoque comunitario. Y como consecuencia, también el abandono de las estrategias sanitarias; como las inmunizaciones, que –por ejemplo– ha cobrado vidas por difteria. Además, el escándalo en la compra y distribución de las mascarillas, la escasez de pruebas moleculares y la ficticia similitud con las pruebas rápidas (así como las denuncias de corrupción en sus adquisiciones,

“

La conformación del nuevo Gabinete tiene el desafío de encontrar esas fracturas sociales en cada sector, dialogar con los interlocutores válidos y tender puentes de solución.

”

distribución y uso), las controversias en torno al número de fallecidos, la escasez y carestía del oxígeno medicinal, entre muchos otros aspectos.

La asunción del nuevo Gobierno no implica un cambio del modelo económico y menos del sistema político, económico y social que la Constitución Política dispone. Es una reafirmación. Los cambios políticos y de justicia, incluso vía referéndum, promovidos por el expresidente

Martín Vizcarra tampoco lo hicieron. Sin embargo, existen diversas fracturas sociales que generan malestar y conflicto, que han sido atizados a raíz de la vacancia. La conformación del nuevo Gabinete tiene el desafío de encontrar esas fracturas sociales en cada sector; dialogar con los interlocutores válidos y tender puentes de solución. El Congreso de la República ha propuesto una serie de normas que merecen debate y colaboración entre los poderes del Estado para encontrar soluciones creativas y en función de la caja fiscal.

Las movilizaciones y protestas excluyen en modo progresivo al expresidente Vizcarra y a sus partidos aliados, que pretendían sucederlo y protegerlo. La consigna es ahora “que se vayan todos”, y para eso enarbolan los clásicos mecanismos del golpe militar o del golpe popular; luego de generar caos e ingobernabilidad. Resaltan la urgencia de poner al país en una auténtica anarquía. Sin embargo, la rapidez de la conformación del nuevo Gobierno, la lucha frontal contra los elementos corruptos en cada uno de los sectores de los poderes Ejecutivo, Legislativo, Judicial y de las instituciones autónomas, además del fortalecimiento de las acciones de gobierno, conjugadas con una adecuada estrategia comunicacional, permitirá fortalecer el sistema democrático y la República.

Pandemia, vacancia y Sagasti

Presidente Sagasti debe rediseñar la lucha contra la pandemia¹

El 16 de noviembre ha sido elegido presidente del Congreso Francisco Sagasti, quien al mismo tiempo asumirá la presidencia interina de la República hasta el 28 de julio de 2021, debido a la renuncia del presidente interino, Manuel Merino. Este último, a su vez, ocupó el cargo de presidente como producto de la vacancia del expresidente Martín Vizcarra, aprobada por el Congreso de la República el 9 de noviembre de 2020, y acatada en mensaje a la Nación esa misma noche por el vacado. Las movilizaciones y protestas de la población en contra del Gobierno provisional de Manuel Merino eran previsibles; sin embargo, se desbordaron y tuvieron un saldo trágico: dos muertos y decenas de heridos y desaparecidos.

La vacancia del expresidente Vizcarra generó controversias y polarización entre la población. Hubo dos formas de interpretarla. La primera, según la defensa del expresidente Vizcarra, es que se trataría de un golpe de Estado. Los 105 congresistas que votaron a favor de la vacancia serían golpistas; y por tanto, Vizcarra debería ser repuesto en el cargo de presidente, por el propio Congreso o, en su defecto, por el Tribunal Constitucional. Además, los congresistas deberían ser procesados judicialmente por atentar contra la democracia. La segunda interpretación es que la vacancia ha sido constitucional, legal y legítima. Por tanto, el proceso de vacancia ha seguido el debido proceso y se ha garantizado el ejercicio del derecho a la defensa del expresidente.

Las movilizaciones y la protestas, en un inicio, rechazaban la vacancia por la incapacidad moral. Sin embargo, al conocerse los fundamentos y sus causales,

“

El 16 de noviembre ha sido elegido presidente del Congreso Francisco Sagasti, quien al mismo tiempo asumirá la presidencia interina de la República hasta el 28 de julio de 2021, debido a la renuncia del presidente interino, Manuel Merino.

”

la designación de un Gabinete que no fue fruto del consenso con el Congreso (además, conformado por personas que ya habían formado parte de gobiernos anteriores, y cuyos presidentes, están presos o tienen problemas con la justicia), la ciudadanía, en modo progresivo enfocó sus demandas hacia la renuncia del ahora expresidente Merino. Así se llegó a la generalizada demanda de “ni Merino ni Vizcarra”. No existió de parte de Merino estrategia comunicacional alguna. Ha sido un gobierno interino autista y breve.

”

Las protestas y movilizaciones culparon al Congreso por la designación del presidente Merino y por la designación de sus ministros. Los líderes de los partidos políticos deslindaron su responsabilidad y agravaron el aislamiento del gobierno interino. El Partido Morado, que se opuso a la vacancia, y un sector del Frente Amplio se sumaron a las protestas, junto con otros movimientos políticos que no tienen representación congresal. A pesar de que el pulso de la calle indicaba el rechazo al retorno del expresidente Vizcarra, sostenían y defendían la interpretación vizcarrista; es decir, que se trataría de un golpe de Estado. Por eso exigían la anulación de la vacancia y la reposición en el cargo de presidente. El propio Partido Morado, un día antes de la elección de la mesa directiva, emitió sendos comunicados oficiales exigiendo esa reposición.

En ese contexto, la renuncia y posterior elección de la mesa directiva del Congreso se tornó complicada. La interpretación de la vacancia polarizó al Congreso. ¿Cómo un congresista acusado de golpista podría otorgarle el voto al congresista que lo acusa? ¿Cómo votar por el partido que proponía reponer al presidente vacado? Es obvio que eso era inaceptable para la ciudadanía que se encontraba movilizada y en plena protesta. Y también para los 105 congresistas que votaron por la vacancia.

Las posiciones opuestas, con progresivas y extensas negociaciones, incluso con una elección frustrada que no logró los votos mínimos indispensables, se

acercaron y lograron el acuerdo para elegir como presidente del Congreso a Francisco Sagasti, uno de los nueve congresistas que tiene el partido Morado. De esa manera, el Congreso ha ratificado la vacancia presidencial, porque el presidente del Congreso ha asumido la presidencia interina de la República. El reconocimiento nacional e internacional ha sido inmediato. La democracia y la República, mediante mecanismos de control constitucionales, ha superado con éxito el desprestigio y la deshonra de la figura presidencial.

Los sucesos políticos opacaron la lucha contra la pandemia. Los miembros del Gobierno del expresidente Vizcarra que implementaron la equivocada estrategia hospitalaria, militar y policial contra la pandemia –con medidas drásticas de aislamiento compulsivo, con el “quédate en casa”, con la prohibición de reuniones, incluso en los domicilios, para evitar los contagios–, cambiaron de inmediato. Llamaron a las marchas, a las protestas y a las movilizaciones masivas. Incluso, algunos médicos pregonaron con “evidencias” que las marchas “no contagian”. Incomprensible conclusión luego de meses de encierro y sacrificio. La temida “segunda ola” ha sido ignorada.

Sin embargo, la pandemia existe y no se puede bajar la guardia. El presidente Sagasti debe replantear y rediseñar la lucha contra la pandemia con el fortalecimiento del Primer Nivel de Salud y el enfoque comunitario. Esta nueva estrategia implica modificar el rol de las Fuerzas Armadas y Policiales, y revalorar la participación democrática de la sociedad en la lucha contra la pandemia. Es necesario abandonar el concepto de que la pandemia es una guerra y que debe estar, por lo tanto, a cargo de militares y policías. La pandemia es un problema de salud. Por eso, deben estar en la conducción los médicos y profesionales de la salud, bajo el estricto rigor de la ciencia y la tecnología.

El presidente Sagasti debe replantear y rediseñar la lucha contra la pandemia con el fortalecimiento del Primer Nivel de Salud y el enfoque comunitario.

¹ Cuba Herberth. Portal El Líder. ellider.pe Noviembre de 2020.

Minsa, peticorio y oxígeno medicinal

Oligopolio del oxígeno agravó la crisis sanitaria en el Perú

El 18 de noviembre de 2020 ha juramentado el nuevo Gabinete ministerial del Gobierno interino y complementario del presidente Francisco Sagasti. Ha sido designada en la cartera del sector Salud la exministra Pilar Mazzetti, que ha retornado luego de nueve días. El último día de su anterior gestión –es decir, el 9 de noviembre de 2020– promulgó la Resolución Ministerial N.º 918-2020/Minsa¹, que incluye en el Peticorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) el oxígeno medicinal con concentración del 93 %. Eso implica que los establecimientos del Sistema Nacional de Salud podrán adquirir y utilizar oxígeno medicinal del 93 % de concentración, y no solo el de 99 %. Esta medida abarata el uso de tecnologías de producción del oxígeno medicinal y amplía el ingreso de un mayor número de proveedores. Más competencia y menor precio.

Según la Organización Mundial de la Salud, “los medicamentos esenciales son aquellos que sirven para satisfacer las necesidades prioritarias de salud de la población, tienen eficacia terapéutica comprobada, son aceptablemente seguros, deben estar disponibles en todo momento y estar al alcance de la población que lo necesita”. En ese sentido, existe el listado de medicamentos esenciales, llamado PNUME, que es útil no solo para las necesidades terapéuticas, sino también en los proceso de adquisición. Los medicamentos e insumos incluidos en el PNUME deben ser adquiridos, en modo obligatorio, por el Sistema Nacional de Salud. Entonces, es obvio que las empresas proveedoras pugnen para que sus productos sean incluidos en el PNUME y, al mismo tiempo, para que se excluyan a los de la competencia.

“

El último día de su anterior gestión –es decir, el 9 de noviembre de 2020– promulgó la Resolución Ministerial 918-2020/ Minsa, que incluye en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) el oxígeno medicinal con concentración del 93 %.

”

Es necesario recordar que mediante Resolución Ministerial RM N.º 062-2010/Minsa, durante la gestión del exministro de Salud Óscar Ugarte, se declaró que el oxígeno medicinal es el que contiene 99 % de concentración; en consecuencia, se produjo una restricción aún mayor del mercado del oxígeno medicinal, que de por sí ya se encontraba restringido. Por ejemplo, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (Indecopi), mediante la Resolución N.º 051-2010-Indecopi, declaró que “las empresas cometieron infracción calificada como muy grave, consistente en prácticas restrictivas de la competencia en la modalidad de

reparto de mercado en los procesos de selección convocados por el Seguro Social de Salud (Essalud), para la adquisición de oxígeno medicinal líquido y gaseoso a nivel nacional durante el periodo comprendido entre enero de 1999 y junio de 2004”. A pesar de ese fallo del Indecopi, en modo increíble, el Minsa también el año 2010, como ya hemos señalado, restringió aún más el mercado para permitir que solo las empresas que proveen el oxígeno al 99 % se queden en el mercado. La Resolución Ministerial 062-2010/Minsa, fue derogada el 2012, pero la inclusión del oxígeno medicinal al 99 % en el PNUME se ha mantenido mediante las sucesivas once gestiones ministeriales que han existido desde el 2010 hasta la fecha.

Es sospechoso que no existan motivaciones médicas o criterios técnicos, que hayan justificado la exclusión del oxígeno medicinal al 93 % de concentración del PNUME. Según las normas de entonces, no existía la obligación de transparentar esa justificación. Recién en marzo de 2020, luego de la promulgación de la Ley N.º 31031, por el Congreso de la República, ante la no promulgación por parte del presidente Martín Vizcarra, es que se crea la obligación de la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid) de realizar el proceso de inclusión o exclusión de fármacos del PNUME, en modo público, con la debida justificación y con la participación social. Es obvio que la ausencia de esta norma el año 2010, permitió la discrecionalidad de

los funcionarios del Minsa que, en la práctica, favorecieron a escasas empresas proveedoras y, por tanto, la restricción del mercado y de la competencia.

La pandemia puso en evidencia, la escasez y el alto costo del oxígeno. La falta de mantenimiento y la desactivación sistemática y progresiva de las plantas de oxígeno de los hospitales públicos obligaron a incrementar la compra N.º a los proveedores privados; sin embargo, el mercado oligopólico había adaptado su producción a las necesidades corrientes de

los hospitales públicos. Entonces, fueron incapaces de hacer frente a las necesidades incrementadas de oxígeno debido a la pandemia. Se necesitaba abrir el mercado para que ingresen nuevos proveedores. Ante esa necesidad, recién el 4 de junio de 2020, el Gobierno promulgó el Decreto de Urgencia N.º 066-2020, que en su artículo 2.2 rebajó a nivel de estándares internacionales la concentración de oxígeno (es decir, de 99 % a 93 %); pero en modo excepcional, debido a la pandemia y solo hasta el mes de diciembre.

En ese sentido, la modificación del PNUME para incluir el oxígeno medicinal con concentración al 93 % es indispensable para evitar el vencimiento del plazo del Decreto de Urgencia N.º 066-2020, y transformarlo en permanente. Asimismo, luego de los estragos de la pandemia y los miles de muertos, el Minsa está en la obligación de valorar los daños a la vida y a la salud, y sancionar a los responsables que produjeron la escasez y carestía del oxígeno medicinal, como consecuencia de la Resolución Ministerial N.º 062-2010/Minsa. Este hecho, que ha cobrado muchas vidas y sufrimiento, demuestra que la transparencia y la participación social es indispensable en la toma de decisiones.



el Minsa está en la obligación de valorar los daños a la vida y a la salud, y sancionar a los responsables que produjeron la escasez y carestía del oxígeno medicinal, como consecuencia de la Resolución Ministerial N.º 062-2010/Minsa.



¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Resolución Ministerial 918-2020/MInsa. 09 de noviembre de 2020.

Relato e interpretación de la vacancia

¿Qué versión quedará finalmente en los libros de historia?¹

La interpretación y la lucha por el relato hegemónico sobre los recientes hechos históricos (la vacancia presidencial del expresidente Martín Vizcarra y los gobiernos interinos de Manuel Merino y Francisco Sagasti) recién empiezan. La extraordinaria capacidad de comunicar de las redes sociales, las creencias y convicciones políticas, y la creación de un lenguaje apropiado para sustentar esas creencias, generan olas de desinformación que incuban y exacerbaban los conflictos sociales. Es el momento de los clichés y las etiquetas, de la división entre los “malos y los buenos”, entre “nosotros” y los “otros”.

Hay ejemplos evidentes, como el uso de los términos “vacancia presidencial” y “golpe de Estado”, y todos los derivados de esa tipificación del hecho. Para el expresidente Vizcarra y sus seguidores, golpe de Estado; para el Tribunal Constitucional y la mayoría de los congresistas, vacancia presidencial constitucional. Sobre la denominación de los gobiernos interinos y complementarios de Merino y Sagasti, para el primero, dictatorial; y para el segundo, democrático y de transición. Sobre el mecanismo de toma de decisiones del Congreso, para unos, la existencia del ejercicio libre y democrático del voto por parte de los congresistas; para otros, la inexistencia de esa libertad. En este último caso, los votos serían producto de la “presión” de los empresarios, de la corrupción, de los “poderes fácticos” y de la protesta callejera. Es decir, sería risible el mandato constitucional del voto de conciencia y que no obedece a mandato imperativo alguno.

Los ejemplos no agotan los temas, porque en el periodo previo a la vacancia del expresidente se agudizó la confrontación entre los poderes públicos, la

pérdida de la eficacia y eficiencia gubernamental, y los recurrentes escándalos, relatados por los medios de comunicación, con relación a su vida privada y al manejo de la cosa pública. Resaltó la disonancia entre la estrategia de superioridad moral que pregona e implementaba y la cruda realidad. La discusión entre los congresistas no versaba entre la inocencia y la culpabilidad, sino sobre cuándo debería rendir cuentas ante la justicia: ya mismo o luego del próximo 28 de julio de 2021, en que culminaba su mandato.

“

La discusión entre los congresistas no versaba entre la inocencia y la culpabilidad, sino sobre cuándo debería rendir cuentas ante la justicia: ya mismo o luego del próximo 28 de julio de 2021, en que culminaba su mandato.

”

Para el expresidente y algunos congresistas existiría una separación entre la moralidad y los actos delictivos. Por tanto, las acusaciones de comisión de delitos o de la planificación concertada de versiones mentirosas para eludir la justicia no le arrebatara su moralidad. Sobre esa base, el Congreso no debería aplicarle la norma constitucional de la incapacidad moral permanente para vacarlo. El gobierno arrastró su propuesta en campaña, para ganar el apoyo de la población y desprestigiar al Congreso de la República. Sin embargo, otros congresistas señalaban que no existen esas cuerdas separadas y,

por tanto, la comisión de delitos dolosos también acarrea inmoralidad; en consecuencia, la incapacidad moral permanente estaba plenamente justificada. Cuando el debate llegó a ese punto, la vacancia presidencial, era solo cuestión de número de votos. La vacancia presidencial que se produjo el 9 de noviembre fue sorpresiva por el resultado, pero respetó los plazos y el derecho a la legítima defensa. Los resultados fueron inesperados por el voto escondido de las bancadas, debido a que deseaban evitar los denuestos de la campaña gubernamental contra los congresistas.

El expresidente Martín Vizcarra había fracasado en evitar la vacancia. Pero aún le quedaban dos recursos: el Tribunal Constitucional y las protestas con movilizaciones de la población, que permitiría legalizar la rendición “incondicional de los congresistas” para su reposición en la presidencia. También fracasó en ambos recursos. El Tribunal Constitucional no se pronunció y, por tanto, validó la constitucionalidad de su vacancia. Además las protestas y las

movilizaciones solo alcanzaron para la renuncia del expresidente Manuel Merino. Tomaron otro curso que, lejos de reponer en el cargo a Vizcarra, auparon en la presidencia de la República al congresista Francisco Sagasti, del Partido Morado. Hasta la víspera, mediante comunicado público, ese partido le había prometido a Vizcarra reponerlo en la presidencia.

Las movilizaciones y las protestas fueron vistas con agrado por la población que participó activamente, y los jóvenes se enrolaron en ella con decisión. Se ha constatado una sincronización de los medios de comunicación escritos y televisivos y la aparición masiva de multiplicadores multimedia en las redes sociales; pero también bloqueos de cuentas de opositores “mediáticos” a las protestas, los llamados *trolls*. Incluso Anonymous vulneró la frágil seguridad informática del Congreso de la República y de otros poderes del Estado. Además, el propio expresidente Vizcarra, en entrevista brindada a Gustavo Gorriti, el 11 de noviembre de 2020, publicada con el título de “Cómo derrocar un presidente”, señala que “a pesar de haber dejado el cargo de presidente, seguía coordinando con los exministros”. No se conoce el rol de los servicios de inteligencia, por obvias razones, pero al mantenerse aún los funcionarios de su confianza es probable que estuviera al tanto de lo que ocurría en el país.

Queda para el análisis histórico, el rol jugado por las Fuerzas Armadas. Por ejemplo, con el comunicado público de su Comando Conjunto, del 15 de noviembre de 2020, que señala “su total respaldo al pueblo y a la Constitución”. Horas después presentaría su renuncia el expresidente Manuel Merino. Además, luego de fracasada la elección de la candidata del Frente Amplio a la presidencia del Congreso y de la República, el 16 de noviembre de 2020, ocurrió una movilización de contingentes de reservistas de las Fuerzas Armadas, transmitida en vivo, que pedían que el presidente del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas asuma el Gobierno y que luego convoque a elecciones, para acabar con la anarquía. Ese mismo día, el Congreso eligió al presidente Francisco Sagasti. La historia también juzgará el frustrado desacato fáctico de la Resolución de Vacancia del Congreso de la República y el rol de los líderes de los partidos políticos.

¹ Cuba Herberth. Portal de la Asociación Médica Peruana. amp.pe Noviembre de 2020.

Presupuesto, nuevo Gabinete y salud

La sustentación del Presupuesto Público ante el Congreso¹

La sustentación del Presupuesto Público para el año 2021 en el Congreso, a cargo del nuevo Gabinete, realizada el 26 de noviembre de 2020, ha sido la ocasión para conocer las prioridades y la calidad técnica de cada uno de los nuevos ministros. Y también el énfasis de la gestión del Gobierno del presidente Francisco Sagasti, frente a los problemas cruciales que enfrenta el país. Aunque el Proyecto de Presupuesto para el 2021 ha sido elaborado por el Gobierno del expresidente Martín Vizcarra, el nuevo Gabinete ha participado en modo activo en la elaboración del dictamen de la Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República (del Congreso), además han realizado los reajustes necesarios en sus presentaciones para alinear sus prioridades de política, que implementarán durante el primer semestre del año 2021.

El nuevo Gabinete ha resaltado la fortaleza de la economía peruana, que ha permitido enfrentar la pandemia y la drástica caída de la economía sin perder su capacidad de acceso a endeudamiento externo, por más de 47 651 millones de soles, con la finalidad de cubrir la brecha fiscal. Sin embargo, ha eludido referirse a los mecanismos de ahorro público, al cumplimiento de las actas y compromisos laborales, así como a la promoción de la inversión. Al contrario, la propuesta ha sido mantener la misma estructura del gasto, con incremento de las medidas regulatorias y de control.

Parece curioso que ningún ministro se haya referido a los problemas laborales de su sector –contrariamente a lo solicitado por el Poder Judicial, la Fiscalía,

el Jurado Nacional de Elecciones, la ONPE y el Reniec– para cumplir los compromisos con sus servidores. Como sabemos, hay sectores – Salud, Educación, Agricultura, Justicia e Interior, entre otros– que requieren un trato prioritario en el cumplimiento de los acuerdos con sus recursos humanos. Por ejemplo, el Ministerio de Salud (Minsa) mantiene una alta conflictividad laboral debido al incumplimiento de actas y compromisos que aseguran la escala salarial, el ascenso, el cambio de grupo ocupacional, el cambio de línea de carrera, el cumplimiento del pago de guardias y de los servicios complementarios, entre otros aspectos. Como se sabe, hay una gran brecha de recursos

humanos en Salud, y está pendiente el nombramiento de los profesionales asistenciales y del personal administrativo contratado. Además, pende el despido sobre el personal contratado para las acciones contra el covid-19, a pesar de que la falta de personal es conocida, incluso antes de la pandemia.

La presentación de la ministra de Salud ha resaltado la Política Nacional Multisectorial de Salud hasta el 2030, consensuada con 12 ministerios y alineada a los compromisos con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), la Organización Panamericana de Salud (OPS) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. Además, sobre la base de la Política 13: Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social del consenso logrado en el Foro del Acuerdo Nacional. Asimismo, ha enfatizado la rectoría del Minsa y su rol articulador para lograr un Sistema Nacional de Salud Unificado, que permita la intervención en los determinantes económicos, sociales y culturales de la salud, mediante la conformación de Redes Integradas de Salud (RIS). Ha sido una buena ocasión para mostrar en sociedad el Plan Multisectorial; sin embargo, al no presentar una hoja de ruta con sustento presupuestal para su cumplimiento, constituye una oportunidad perdida.

“

Parece curioso que ningún ministro se haya referido a los problemas laborales de su sector – contrariamente a lo solicitado por el Poder Judicial, la Fiscalía, el Jurado Nacional de Elecciones, la ONPE y el Reniec– para cumplir los compromisos con sus servidores.

”



Ha sido una buena ocasión para mostrar en sociedad el Plan Multisectorial; sin embargo, al no presentar una hoja de ruta con sustento presupuestal para su cumplimiento, constituye una oportunidad perdida.



La ministra de Salud solo ha sustentado el presupuesto del Sector 11: Salud para el año 2021, que asciende a 10 538 millones de soles. Es decir, un incremento de 10,4% con respecto al 2020. Dentro de este presupuesto está incluido el Seguro Integral de Salud que increíblemente solo ha recibido un presupuesto de 1 963 millones de soles, 69,3 millones de soles más que en el 2020. Es una mala noticia. En modo aparente, los pliegos beneficiados han sido el del Minsa, con un incremento del 13%; y el del Instituto Nacional de Salud

15,1%. El Pliego del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) tiene una disminución de 34,7 millones de soles; es decir, 11,1% menos que el año 2020. En consecuencia, el presupuesto del año 2021 asciende a 278,6 millones de soles. La disminución del presupuesto del INEN obedece, según el Minsa, a que ha concluido el proyecto de inversión de la nueva infraestructura y, por tanto, ya no existe ese gasto. Susalud ha incrementado su presupuesto a 49,2 millones de soles; un 7,6%, más que el 2020.

El análisis de los programas presupuestales evidencia una disminución de 3 445 millones a 3 017 millones de soles; una reducción del 12,4%. Los programas presupuestales son 12, relacionados a nutrición, salud materna y neonatal, TBC-VIH/Sida, prevención del cáncer, salud mental, entre otros. Sin embargo, se ha producido un incremento en las Asignaciones Presupuestarias que No resultan en Productos (Apnop), de 3 738 millones a 5 581 millones de soles; un crecimiento de 49,3% frente al 2020. Es necesario que el Minsa explique con mayor detalle la justificación de ese incremento, que va en desmedro de los programas presupuestales. Además debe explicar el financiamiento de las estrategias sanitarias de inmunizaciones en general, cuya cobertura es muy baja, y la forma en que se ha incorporado en el Presupuesto del año 2021, el gasto que implica la vacunación contra el covid-19.

¹ Cuba Herberth. Portal de la Asociación Médica Peruana. amp.pe Noviembre de 2020.

La política y el efecto del candidato Vizcarra

Modifica la correlación de fuerzas de los 22 partidos políticos en contienda¹

El viernes 27 de noviembre de 2020 el expresidente Martín Vizcarra, en conferencia de prensa conjunta con la presidente del partido Somos Perú, Patricia Li, y su candidato a la Presidencia de la República, Daniel Salaverry, ha señalado que será candidato invitado con el número 1 por Lima en la lista congresal de esa agrupación política. La decisión, según el exmandatario, obedece a “que está obligado a seguir en la política” por “los inmensos desafíos que hoy afronta el Perú”. Las mutuas ventajas para ambos —es decir, el Partido Somos Perú y el expresidente— es obvia. Para el primero, suma electores y de esa manera asegura el pase de la valla electoral, pero también, una buena posición en la futura conformación congresal. Para el expresidente, una medida audaz para capear las investigaciones de la Fiscalía y los procesos judiciales en marcha, sobre la base de la inmunidad, de tal manera, que sus procesos sean llevados en libertad y con el provecho que podría obtener con el uso estratégico de la inmunidad de proceso, e incluso la de arresto. La ventaja de esta aspiración del expresidente Vizcarra, es directamente proporcional con el número de congresistas que posea el partido Somos Perú. A mayor número de congresistas, mayor capacidad de influir, en provecho propio, por el uso de la figura de la inmunidad parlamentaria.

El ingreso del expresidente en la campaña electoral modifica la correlación de fuerzas de los 22 partidos políticos en contienda electoral, sobre todo, de aquellas agrupaciones políticas que pretendían heredar el bolsón electoral del expresidente y que basaban su estrategia electoral en la polarización continua y la capitalización unitaria de la supremacía electoral del voto antifujimorista. Como sabemos, algunas de estas agrupaciones no tienen presencia

congresal y, por tanto, el beneplácito desde Palacio de gobierno es determinante (Victoria Nacional y otros). Otras tienen bancada congresal propia, gobernadores y alcaldes. Su aspiración era el apoyo de Palacio de Gobierno no solo para sus autoridades regionales y locales, sino, también, para el proceso electoral nacional. (APP, Somos Perú y AP). A este grupo pertenecen los líderes políticos y los congresistas “pedigüeños” de perdón por el comportamiento de sus congresistas a favor de la

vacancia presidencial. Ahora, han visto frustrada la expectativa de ganar el bolsón electoral del expresidente, motivo por el que le pedían perdón, porque toca competir con él, y, además, el nuevo inquilino de palacio tiene partido y candidato propios (Partido Morado) que compiten en el presente proceso electoral.

“

La ventaja de esta aspiración del expresidente Vizcarra, es directamente proporcional con el número de congresistas que posee el partido Somos Perú.

”

Existe un tercer grupo de partidos que siempre han mantenido sus aspiraciones por fuera, y a veces, en oposición al expresidente Vizcarra: Fuerza Popular, UPP y Frepap. Y un cuarto grupo, los partidos mixtos; es decir, aquellos que en su interior disputan en torno a la posición partidaria frente a la venia o a la oposición en relación con el Gobierno del expresidente Vizcarra (AP, Podemos, Somos Perú y FA). Es obvio, que el ingreso del expresidente a la contienda electoral obligará a un cambio radical frente a la ilusión de hacerse del bolsón electoral del expresidente Vizcarra. Ahora tendrán que disputárselo y quizá “arranchárselo”, para mantener vivas las pretensiones de ganar la contienda electoral. Es probable que el resultado será la unión de la mayoría de los partidos políticos para “golpear” aún más al expresidente y al Partido Somos Perú. ¿Cuál será la modalidad del viraje y su impacto en la población?, es una incógnita. Siempre resulta poco honorable y dudoso moralmente, “golpear” a quien le acabas de pedir perdón, porque ha cambiado la conveniencia. Veremos las estrategias políticas, pero no será fácil.

En ese contexto, la primera reacción ha sido analizar con detenimiento la legalidad de la postulación del expresidente y buscar el resquicio legal para impugnar su candidatura. Sin embargo, eso no será posible. La Constitución Política protege el ejercicio de los derechos fundamentales de los ciudadanos,

en este caso, según sus artículos 30 y 31 salvo que exista una restricción en la propia Constitución (artículos 33 y 34) o por ley expresa (Ley Orgánica de Elecciones, 26859). Como es obvio, no es posible restringir derechos por analogía o por la vía de la interpretación. Además, el artículo 191 señala que los gobernadores y vicegobernadores regionales deben renunciar al cargo seis meses antes para postular a la “plancha presidencial” o al Congreso de la República y el artículo 194 señala las mismas condiciones para los alcaldes.

Por otra parte, la Ley Orgánica Electoral, en sus artículos 107 y 113 enumera, en modo explícito, los altos funcionarios del Estado que deben renunciar 6 meses antes, que según el cronograma electoral aprobado por Resolución 0331-2020 del Jurado Nacional de Elecciones se ha vencido el 12 de octubre de 2020. Cómo se puede observar, del análisis de esta relación de altos funcionarios públicos, no existe plazo explícito en la Ley para que un presidente en ejercicio renuncie para postular al Congreso, por tanto, el expresidente de la República no tiene ninguna prohibición. Además, si se considera en modo global, como funcionario público, la Ley solo señala

la petición de licencia con un plazo de 30 días antes del día de las elecciones, que tampoco es el caso para el expresidente Vizcarra, porque ya no es funcionario público.

Sin embargo, el expresidente Vizcarra aún debe sortear otros escollos, como la inhabilitación por parte del Congreso para ejercer función pública por diez años, en modo coherente, con la vacancia presidencial y el avance de los procesos ante la Fiscalía y el Poder Judicial.

Sin embargo, el expresidente Vizcarra aún debe sortear otros escollos, como la inhabilitación por parte del Congreso para ejercer función pública por diez años, en modo coherente, con la vacancia presidencial y el avance de los procesos ante la Fiscalía y el Poder Judicial. En ese mismo sentido, tampoco se puede soslayar la necesidad y obligación del presidente interino Francisco Sagasti de defender su Gobierno y la gobernabilidad del país.

¹ Cuba Herberth. Portal de la Asociación Médica Peruana. amp.pe Diciembre de 2020.

La exposición de la premier y la salud

Presentación del Gabinete ministerial ante el Congreso¹

La exposición de la primera ministra, “Recuperemos la confianza y la esperanza”, ante el Congreso de la República, realizada el 3 de diciembre de 2020, en cumplimiento del mandato constitucional para “exponer y debatir la política general del Gobierno y las principales medidas que requiere su gestión”, ha obtenido la cuestión de confianza (con 111 votos a favor de 130) en una breve sesión del pleno del Congreso de la República.

La presentación del Gabinete se ha realizado en momentos en que el Gobierno evidencia fragilidad, debido a sus propias indecisiones frente al modelo constitucional del país. El discurso ha sido general, sin cifras, sin lineamientos claros ni metas. Se ha enfocado en cinco temas, sin entrar en el detalle ni en la esencia de cada uno. Llama la atención la etiqueta de su periodo como de “transición y de emergencia”, que dista de la realidad, porque no es de transición, sino un gobierno interino complementario. Y por otra parte, otorga un componente de cambio de régimen político con la palabra emergencia, cuando en realidad, ha ocurrido una emergencia sanitaria y crisis económica derivada, que se resuelven en el marco de la Constitución Política y del sistema democrático.

La premier ha garantizado “elecciones democráticas, libres y limpias” mediante la neutralidad del sector público, sin mostrar pruebas de desvinculación con el partido de Gobierno. Además, ha resaltado que la transferencia con el próximo Gobierno permitirá un “inicio de gestión” bien informado, con reportes de gestión “que den cuenta de los avances y desafíos” de cada sector. Se ha referido a la reactivación económica, sin poner en riesgo a

la salud, que aún se mantiene en cifras negativas. El compromiso de mantener la “responsabilidad en la política económica” y el reconocimiento que “la inversión privada será un motor fundamental” para la reactivación económica, no basta, porque se requiere un plan de trabajo financiado, con mecanismos de articulación sectorial e intersectorial que promueva la inversión pública y privada.

El turismo y la agroindustria han merecido una mención especial. En el primero, se ha referido a fortalecer el turismo interno y en la segunda, a la derogatoria del régimen laboral aplicado a los trabajadores agrarios de la Ley N.º 27360². La reestructuración del Fondo de Reactivación Agraria, para flexibilizar los créditos a los agricultores con “un rol más activo” de AgroBanco, en alianza con el Banco de la Nación y el Banco Agrario. Es necesario conocer el detalle de la reestructuración, las cifras y el presupuesto.

Las referencias a la pandemia han sido muy generales. Ha dado testimonio del sacrificio del personal médico, enfermería y técnicos. Sin embargo, ha dejado de lado a los otros profesionales de la salud que, como sabemos, son 17 profesiones que luchan contra la pandemia. No se ha referido, como sí lo ha hecho con la Policía Nacional, al número de fallecidos del sector de salud, que ha tenido el mayor número de víctimas. Ha omitido referirse a las demandas laborales y al incumplimiento de las actas y acuerdos laborales del sector Salud. Por ejemplo, pende de resolver la demanda de inconstitucionalidad de la Ley N.º 31039 y los reclamos por los despidos de los contratados CAS-Covid, debido a la brecha de necesidades de profesionales y trabajadores de salud.

En la lucha contra la pandemia ha excluido un cambio de estrategia. Ha soslayado el rol del enfoque comunitario, la relación entre el Primer Nivel de Atención y la comunidad. Se ha referido al espacio web: “No bajemos la guardia”, la plataforma de Telesalud y la salud mental, que ya se realizan pero que no reemplazan el fortalecimiento de los servicios de salud, que son tangibles y requieren de seres humanos que los hagan funcionar. Además,

“

La presentación del Gabinete se ha realizado en momentos en que el Gobierno evidencia fragilidad, debido a sus propias indecisiones frente al modelo constitucional del país.

”

“

En la lucha contra la pandemia ha excluido un cambio de estrategia. Ha soslayado el rol del enfoque comunitario, la relación entre el Primer Nivel de Atención y la comunidad.

”

ha planteado el funcionamiento del Consejo Nacional y los Consejos Regionales de Salud. Sin embargo, es necesario que el Gobierno tome en cuenta que el Comando de Operaciones Covid-19 asestó un duro golpe a la articulación sectorial y Estado-sociedad, así como, al Sistema Nacional de Salud. Además, mediante el Decreto Legislativo N.º 1504-2020, se le ha debilitado, e incluso, el Consejo Nacional de Salud, ha perdido el rumbo estratégico.

Se ha hecho referencia a la vacunación contra el covid-19, que ha señalado “como un desafío sin precedente, especialmente para nuestro país, con sus limitaciones logísticas”. En ese sentido ha asegurado que se encuentran abocados a “la elaboración de un plan estratégico de distribución para poner al alcance de toda la población las vacunas a lo largo del año 2021”. Sin embargo, ha soslayado, la estrategia nacional de inmunizaciones que tiene a su cargo las 17 vacunas para prevenir 26 enfermedades que, como sabemos, tienen muy baja cobertura. Ha perdido la oportunidad de plantear la reactivación de las estrategias sanitarias para lograr los objetivos y las metas sectoriales en salud.

Una atingencia ha merecido la “Estrategia hambre cero”; sin embargo, no ha dado cifras ni metas, ni presupuesto. Solo se ha referido a mecanismos de producción, compra, articulación, con la participación del Foro del Acuerdo Nacional y de las iniciativas privadas para el suministro de alimentos. A modo de glosa al pie, debemos señalar que el Foro del Acuerdo Nacional no tiene vinculación administrativa ni de gestión con las acciones del Gobierno. ¡Es necesario escuchar, corregir y trabajar!

¹ Cuba Herberth. Portal de la Asociación Médica Peruana. amp.pe Diciembre de 2020.

² Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Ley 27360 modificada por el Decreto de Urgencia 043-2019 del 28 de diciembre de 2019.

Nueva ley especial para vacunas contra el covid-19¹

Ha generado varias controversias y polémicas²

El día 4 de diciembre de 2020 el Congreso de la República ha aprobado el Proyecto de Ley N.º 6273-2020-PE y otros que otorgan facilidades excepcionales para la aprobación y distribución de vacunas contra el SARS-Cov-2 en nuestro país. Un día antes, mediante el Decreto de Urgencia N.º 131-2020, se autorizó al Ministerio de Salud (Minsa) las modificaciones presupuestales por vacunación contra el covid-19. Además, se ha transferido del Fondo de Contingencia del Ministerio de Economía y Finanzas la suma de casi S/ 46 millones de soles al Minsa, para la adquisición de los equipos de las cadenas de frío y fortalecer los puntos de almacenamiento y conservación, y un poco más de 42 millones de soles a Essalud, para implementar y equipar la cadena de frío de la vacuna contra el covid-19. Es decir, el Congreso ha cumplido con la autorización legal, y el Poder Ejecutivo ha asignado los fondos para el uso de la vacuna.

El Proyecto de Ley del Ejecutivo ha generado controversias y debates porque la norma autoriza el registro sanitario excepcional, por un año renovable, para las vacunas y medicamentos que aún se encuentran en fase III de experimentación. Es decir, aún sin haber realizado la fase IV, para evaluar con mayor precisión el riesgo beneficio de la vacuna y los medicamentos, durante un periodo prolongado y también en las poblaciones no estudiadas en las fases previas (I, II y III). Como se sabe, el artículo 8 de la Ley N.º 29459, “De productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios”, regula el otorgamiento del registro sanitario; es decir, del documento que autoriza la fabricación, importación, almacenamiento, envasado, distribución, promoción y uso de los medicamentos, dispositivos y productos sanitarios en nuestro

país, por cinco años. Entonces, el cambio consiste en flexibilizar el registro sanitario para los productos que aún se encuentran en fase III de experimentación y solo por un año, renovable.

Es necesario señalar que estos cambios deben ser armonizados internacionalmente, tomando en cuenta las medidas que adoptan las agencias regulatorias de alta referencia sanitaria para situaciones excepcionales. Estas agencias de regulación ya autorizan en modo excepcional, con estudios tempranos y preliminares de fase III para medicamentos imprescindibles, como, por ejemplo, aquellos para

las enfermedades huérfanas o raras. Eso sí, el registro no es automático, se evalúan los datos de seguridad en el tiempo. En el caso de las vacunas contra el covid-19, algunas plataformas de investigación ya cuentan con historial de seguridad conocidos para otros virus, que ahora se extrapolan, sin que eso implique renunciar a una exhaustiva evaluación. Además, hay que tomar en cuenta, que, debido a la gravedad y la excepcionalidad de la pandemia, los organismos reguladores de alta vigilancia sanitaria han dejado su "imparcialidad" y su rol fiscalizador, para tomar parte del proceso de investigación científica. Sin embargo, a pesar del cambio, no se han reducido requisitos ni flexibilizado los estándares científicos, solo se han acelerado.

En esta circunstancia es que se ha producido la controversia y el debate en torno a la decisión del Gobierno para proteger a la población con este tipo de vacunas y los riesgos que eso implica. Además, como es obvio, ha derivado en una segunda controversia en el sentido de si la vacuna debería ser de aplicación obligatoria o voluntaria. La norma aprobada por el Congreso de la República señala que "la ley tiene por objeto garantizar el acceso libre y voluntario a la población en general del tratamiento preventivo y curativo de la enfermedad generada por el Sars-Cov-2, así como de otras enfermedades que dan origen a emergencias sanitarias nacionales y otras pandemias declaradas por la Organización Mundial de la Salud".

“

El Proyecto de Ley del Ejecutivo ha generado controversias y debates porque la norma autoriza el registro sanitario excepcional, por un año renovable, para las vacunas y medicamentos que aún se encuentran en fase III de experimentación.

”

Como se puede apreciar, la voluntariedad del acceso es genérica y no solo para el covid-19, sino para otras epidemias y pandemias futuras. La exigencia de mayor precisión estaba alineada con las propias declaraciones de funcionarios del Minsa, en el sentido de que la vacuna sea de aplicación voluntaria, con consentimiento informado previo, y que no se utilice como requisito para ejercer los derechos ciudadanos. Por ejemplo, que no se exija para trabajar, para viajar ni para matricularse en las universidades. Además, que el Minsa organice óptimos mecanismos de farmacovigilancia y de reportes de los eventos adversos supuestamente atribuidos a la vacuna (Esavi) y mecanismos de reparación inmediata por parte del Estado. El Minsa deberá complementar y suplir las deficiencias de la ley, mediante la reglamentación, en un plazo de quince días.

“

La exigencia de mayor precisión estaba alineada con las propias declaraciones de funcionarios del Minsa, en el sentido de que la vacuna sea de aplicación voluntaria, con consentimiento informado previo, y que no se utilice como requisito para ejercer los derechos ciudadanos

”

En cuanto a la asignación de los fondos, que según el Plan del Minsa, ascenderían a 400 millones de soles durante el 2020, el Gobierno solo ha asignado, por el momento, 220 millones de soles. La colaboración de Essalud es bienvenida, pero es obvio que los fondos deben provenir del Gobierno central, porque la tarea de implementar las acciones de salud pública, las estrategias sanitarias, (vacunación), la incidencia en los determinantes económicos, sociales y culturales y la Atención Primaria de Salud corresponde al Estado, al Minsa. En ese sentido, es una buena noticia que se le transfiera a Essalud un poco más de 42 millones de soles, debido a su enorme contribución en la lucha contra la pandemia. Sin embargo, el monto también es insuficiente. ¡Es necesario enmendar las deficiencias de la Ley, otorgar mayor financiamiento y fiscalizar su cumplimiento!

¹ Cuba Herberth. Portal de la Asociación Médica Peruana. amp.pe Diciembre de 2020.

² Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Ley 27360 modificada por el Decreto de Urgencia 043-2019 del 28 de diciembre de 2019.

Plan Nacional de Telesalud y pandemia de covid-19¹

Para modernizar las relaciones entre los usuarios y los servidores de salud²

En abril del año 2016 se promulgó la Ley N.º 30421 “Ley marco de telesalud”, modificada luego por el Decreto Legislativo N.º 1303-2016. Así se establecieron los “lineamientos generales para la implementación y desarrollo de la telesalud como una estrategia de prestación de servicios de salud, a fin de mejorar su eficiencia y calidad e incrementar su cobertura mediante el uso de tecnologías de la información y de la comunicación en el Sistema Nacional de Salud.”

Las expectativas de la Ley han sido enormes, debido a la existencia de una gran brecha insatisfecha de recursos humanos (sobre todo de especialistas), a la escasez de establecimientos de salud, a las barreras geográficas que impiden el acceso a los cuidados de salud, a la atención médica y a las transferencias y traslados de los pacientes en el territorio nacional. En consecuencia, las tecnologías de la información y de la comunicación (TIC) eran y son apreciadas como una alternativa.

En ese sentido, el DS N.º 011-2017-SA, Reglamento de organización y funciones del Minsa, creó la Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias, con la finalidad de proponer, coordinar, supervisar, evaluar y dirigir la política sectorial de salud y elaborar el Plan Nacional de Telesalud, además de implementar la infraestructura tecnológica interoperable. Es decir, que el soporte y los sistemas de información de los diversos componentes del Sistema Nacional de Salud puedan intercambiar datos y flujos de información, entre otros aspectos. Asimismo, proponer, articular y evaluar la Red Nacional de Telesalud.

La irrupción de la pandemia obligó a asignar fondos y acelerar los cambios y las transformaciones para brindar servicios de salud a distancia; no solo para los lugares más alejados, como las zonas rurales, sino también para las propias grandes ciudades, incluida la capital de la República. Ha sido necesario utilizar la telemedicina mediante mecanismos de mensajería de texto, llamadas telefónicas y videollamadas, entre otros, con el involucramiento de los profesionales de la salud en el trabajo remoto o semipresencial.

Recién el 10 de diciembre del 2020 se ha promulgado la RM N.º 1010-2020/Minsa, que aprueba el Plan Nacional de Telesalud hasta el 2023.

El Minsa es el ente rector del Sistema Nacional de Salud que, según la Ley N.º 30895, modificada por el Decreto Legislativo N.º 1504, que determina las políticas nacionales, sectoriales y normas sanitarias del nivel nacional en “Essalud, la Sanidad de la Policía Nacional, Sanidad de las Fuerzas Armadas, instituciones de salud del gobierno nacional, de los gobiernos regionales y locales y demás instituciones públicas, privadas y públicas-privadas”. Los ejes del Plan de Telesalud, son la prestación de los servicios de salud (telemedicina), la gestión de los servicios de salud (telegestión), la información, educación y comunicación (tele-IEC) y el fortalecimiento de las capacidades del personal de salud (telecapacitación).

El Plan Nacional de Telesalud ha desarrollado una serie de conceptos que deben ser resaltados; por ejemplo, la diferencia entre acto médico (de uso exclusivo de la profesión médica) y acto de salud (de uso en función de las competencias de cada profesional de la salud). Asimismo, el concepto de confidencialidad, en el sentido de que la información está protegida para que sea conocida solo por los usuarios autorizados. Sin embargo, en este concepto existe una enorme omisión, debido a que no se señala con claridad el derecho del paciente a la confidencialidad. La revisión de las otras definiciones conceptuales no blindan en modo adecuado la confidencialidad a que tienen derecho los pacientes,

“

La irrupción de la pandemia obligó a asignar fondos y acelerar los cambios y las transformaciones para brindar servicios de salud a distancia; no solo para los lugares más alejados, como las zonas rurales, sino también para las propias grandes ciudades, incluida la capital de la República.

”

“

La revisión de las otras definiciones conceptuales no blindan en modo adecuado la confidencialidad a que tienen derecho los pacientes, ni la obligación de los médicos de preservar el secreto profesional.

”

ni la obligación de los médicos de preservar el secreto profesional. Obviamente son temas espinosos y difíciles de normar; pero bien vale la pena el esfuerzo.

El Plan Nacional de Telesalud agrupa las actividades generales para cumplir con cinco objetivos: establecer el marco institucional y normativo de la telesalud, promover la mejora de las condiciones y la logística, fortalecer las capacidades del personal, establecer los mecanismos financieros y, por último, promover iniciativas y estrategias para implementar la telemedicina,

telegestión, telecapacitación, teleinformación, educación y comunicación. Asimismo, el presupuesto asciende a poco más de 2,4 millones de soles hasta el 2023, a cargo del Minsa.

La pandemia ha ampliado la brecha de necesidades en recursos humanos, debido a la inmovilización y el retiro de la presencia física de los servidores de salud mayores de 65 años y de los que poseen comorbilidades de riesgo ante el Covid-19, y a las dificultades para la movilidad cotidiana para desplazarse a los centros laborales. Además, transformar las formas de relacionarse de los usuarios y los servidores de salud para realizar los actos médicos y los actos de salud, requiere un enorme esfuerzo, sobre todo de aprendizaje e inversión. Aún falta normar la jornada laboral y los estándares, aplicar la desconexión digital para proteger el descanso y, además, restituir los diversos bonos, que injustamente se les han retirado a quienes trabajan en modo remoto.

La adecuación de los domicilios para crear el ambiente propicio para ejercer el trabajo remoto requiere financiamiento para infraestructura y compra de equipos, materiales e insumos. Gastos que en modo injusto recaen en los propios profesionales y trabajadores del sector salud. ¡Eso debe cambiar!

¹ Cuba Herberth. Portal El Líder: ellider.pe Diciembre de 2020.

² Cuba Herberth. Portal de la Asociación Médica Peruana. amp.pe. diciembre de 2020.

Conducción de la pandemia y desinformación

Gobierno debe rediseñar su estrategia sanitaria

El 10 de diciembre de 2020 el Ministerio de Salud (Minsa) ha presentado el estudio de seroprevalencia para el covid-19, solo para Lima Metropolitana y el Callao. Por fin se ha podido conocer la proporción de la población que ya ha estado expuesta al contagio, así como la población que aún es susceptible. El estudio para todo el país, que ya lleva más de un mes de retraso, según el Minsa aún debe esperar.

Los estudios de seroprevalencia para el covid-19 usan pruebas de sangre para identificar anticuerpos en las personas que han entrado en contacto con el virus, sea de las personas que enfermaron —en modo grave, moderado o— leve o de los asintomáticos. Es decir, que no se dieron siquiera cuenta de que entraron en contacto con el virus. En consecuencia, es un medio de vigilancia que brinda información para saber cómo se propaga el virus en el territorio nacional y a lo largo del tiempo.

Estos estudios, luego de diseñado el universo de intervención con métodos estadísticos muy rigurosos, permiten extrapolar sus resultados a nivel general del país en un determinado periodo. Es una imagen del momento, por ello requieren estudios sucesivos, en tiempos prudenciales, para seguir la secuencia y afinar las estrategias de intervención para el futuro. Es una forma de “mirar y actuar” para cambiar la historia natural de la propagación del virus. Además, el estudio de seroprevalencia, debido a la búsqueda de anticuerpos, ofrece una mirada hacia el pasado; por ello, es muy importante que los estudios sean completos y sucesivos, para observar con la perspectiva del tiempo, su dinámica y su propagación.

Aunque parezca increíble, desde marzo, en que se declaró la Emergencia Sanitaria, hasta la fecha no ha sido posible concluir un solo estudio nacional de seroprevalencia completo. Más aún, si se toma en cuenta que durante la pandemia el gobierno ha priorizado el uso de pruebas serológicas, que detectan anticuerpos y, por tanto, son útiles para realizar los estudios de seroprevalencia. El Minsa ha detectado anticuerpos contra el covid-19 en el 39,3% de la población de Lima y 36,1% de la del Callao. Asimismo, por edades, el porcentaje de diferencias se mantiene en rangos de 3,5% del promedio. Sin embargo, las diferencias por nivel socioeconómico son muy marcadas. Por ejemplo, “en los distritos residenciales de Lima el nivel de contagio es de 13,1%, mientras que en el estrato medio y bajo, está por encima del 50%. O sea que la mitad ya se infectó en distritos más pobres de Lima Metropolitana”. Es decir, “a mayor pobreza, mayor prevalencia”.

La falta de cifras globales, por regiones, provincias y distritos impide, en modo eficaz y eficiente, elaborar políticas y estrategias, y diseñar acciones contra la pandemia. Se trabaja a ciegas. Además, existen diferencias en las cifras de infectados reportados por el Gobierno nacional, los gobiernos regionales y el sector privado. Las divergencias entre los diagnósticos confirmados por pruebas serológicas (“rápidas”) con las moleculares y con los diagnósticos clínicos generan un subregistro que, según algunos especialistas, ascendería a más de un millón de personas. Igual suerte corre con el número de muertos, debido a las discrepancias entre las cifras del Gobierno nacional con la suma de las cifras de los gobiernos regionales y las del Sistema Nacional de Defunciones (Sinadef), cuya cifra global ascendería, según los expertos, a más de 88 000 muertos. El Minsa ha manifestado poca preocupación para promover una “política de datos abiertos” y para resolver “el sinceramiento de las cifras”. Continúa la controversia con relación al tipo y el número de pruebas (moleculares y serológicas) que se realizan por día y con la tasa de positividad.

“

Aunque parezca increíble, desde marzo, en que se declaró la Emergencia Sanitaria, hasta la fecha no ha sido posible concluir un solo estudio nacional de seroprevalencia completo.

”

“

El Gobierno y el Minsa deben rediseñar la estrategia de lucha contra la pandemia, sobre la base de eliminar la desinformación, con la finalidad de promover la política de datos abiertos y el sinceramiento de las cifras.

”

En ese contexto, las reiteradas referencias a un rebrote o a una segunda ola de contagios se basan en extrapolaciones muy generales, con enorme incertidumbre. Más aún, que no se sabe si los anticuerpos son sostenibles en el tiempo y hasta cuándo evitan una infección futura. Como sabemos, el verano permite una mayor ventilación de los espacios cerrados y mayor permanencia al aire libre; sin embargo, se producen también peligrosas aglomeraciones.

El Gobierno y el Minsa deben rediseñar la estrategia de lucha contra la pandemia, sobre la base de

eliminar la desinformación, con la finalidad de promover la política de datos abiertos y el sinceramiento de las cifras. Asimismo, se debe cumplir con poner a disposición de la ciudadanía, en modo transparente, las justificaciones en la toma de decisiones, en los equipos negociadores y en los convenios y contratos.

Es necesario abandonar el enfoque hospitalario, militar y policial contra la pandemia y pasar al enfoque comunitario. Es decir, fortalecer el Primer Nivel de Atención en alianza con la comunidad organizada. Otra vez es necesario insistir en las medidas preventivas con enfoque comunitario, en el adecuado suministro de medicamentos, oxígeno e insumos, en las camas y los servicios de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI). La alternativa de la vacunación es de mediano plazo debido a que la estrategia gubernamental no ha sido la mejor y ha generado controversia. Ahora el Perú está en la cola. Sin embargo, si el Gobierno no resuelve los conflictos laborales, que son consecuencia de acuerdos y actas incumplidas, es imposible tener éxito.

Sagasti y la pandemia

No ha aportado un análisis de la situación actual

El 16 de diciembre de 2020 el presidente de la República realizó una extensa conferencia de prensa en Palacio de Gobierno, con ocasión de cumplir un mes desde que asumió el gobierno. Ha llamado la atención el modo reiterado en que se ha referido a su propio gobierno interino como uno de transición y emergencia. Es obvio que es una etiqueta que a su gobierno no le corresponde, porque no es de emergencia ni es de transición, y parece que trata de construir un nuevo relato que resalte una epopeya dentro de la historia del Perú. Además, el uso de un lenguaje generalizador, burocrático y rimbombante, sin precisar aspectos concretos, han dado la sensación de desconocimiento o improvisación. A esto se suma que la escenografía ha sido poco feliz, en especial, cuando se ha evidenciado a un Gabinete cansado y dormilón.

En relación con la pandemia, ha faltado el diagnóstico. No ha aportado un análisis de la situación actual, basado en cifras por regiones y a nivel nacional, y tampoco las tendencias epidemiológicas de la pandemia. Ha considerado necesario continuar con la cuarta fase de reactivación económica, con la totalidad de las actividades en funcionamiento, aunque con limitaciones en los aforos. No ha respondido el reclamo de algunos expertos, de volver a las medidas restrictivas que se tomaron en la tercera fase de reactivación económica, y menos a la ampliación del toque de queda. Es decir, todo se mantendrá igual, salvo que ha declarado los días 24 y 31 como no laborables, pero con la obligación de los trabajadores de compensar esas horas en una fecha posterior. Además ha prohibido, sin aportar justificación alguna, la circulación de los vehículos particulares los días 24, 25 y 31 de diciembre y 1 de enero de 2021.

La vacuna contra el covid-19 ha merecido gran parte del tiempo de la conferencia de prensa. Las explicaciones han sido largas, llenas de evasivas y justificaciones. No ha habido precisiones y se ha escudado en la confidencialidad de las negociaciones y en el cambiante mercado de vacunas. Ha reiterado aquello que un día antes había señalado la ministra de Relaciones Exteriores en el Congreso de la República; es decir, que el gobierno peruano ha firmado un convenio preliminar con la empresa farmacéutica Pfizer, para obtener más de nueve millones de vacunas,

pero que aún se negocia el contrato específico, que contiene el número de dosis de vacunas, el costo y las condiciones. En especial, las pólizas para el resarcimiento por la eventualidad de algún efecto adverso atribuido a la vacuna.

En relación con la cantidad de dosis, ha señalado que, debido a problemas en la producción de las empresas, es probable que el número de vacunas que se reciba disminuya. Tampoco, ha precisado el precio. Por otra parte, hay que tomar en cuenta que las vacunas aún se encuentran en fase III de experimentación y que han obtenido un permiso excepcional debido a la pandemia. Como sabemos, el riesgo-beneficio de las vacunas se evalúa recién en los estudios clínicos de fase IV, en la que concluye el ensayo clínico, que, en el caso de estas vacunas, aún no se ha cumplido. Además, es importante un riguroso programa nominal de farmacovigilancia mediante el seguimiento, en tiempo real, de los vacunados para velar por la seguridad de los ciudadanos; pero también para robustecer los estudios de las nuevas vacunas.

Las omisiones han sido clamorosas. Por ejemplo, no se ha referido a la estrategia que aplicará el gobierno en la lucha contra la pandemia; más aún cuando la vacunación tendrá un retraso por un tiempo que no se ha atrevido a señalar. Algunos medios internacionales pronostican que “el Perú tendrá vacunas recién el 2022”. Por tanto, era necesario que el gobierno señale si persistirá en la equivocada estrategia hospitalaria, militar y policial, o si implementará el enfoque comunitario con el fortalecimiento del Primer

“

Es obvio que es una etiqueta que a su gobierno no le corresponde, porque no es de emergencia ni es de transición, y parece que trata de construir un nuevo relato que resalte una epopeya dentro de la historia del Perú.

”

Nivel de Atención y su alianza con la comunidad organizada. Es obvio que la falta de diagnóstico le ha pasado la factura al momento de plantear una estrategia. En consecuencia, no ha resaltado el enfoque comunitario con el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.

Más grave aún, ha sido guardar silencio, a pesar de las preguntas de los periodistas, sobre los problemas gremiales y sindicales que aquejan al sector salud, debido al incumplimiento por parte del gobierno de leyes, actas y pactos colectivos de los trabajadores, de los profesionales de la salud y de médicos. A ese silencio se ha sumado la derogación, por inconstitucional, de la Ley N.º 31039, que reconocía parcialmente esos derechos¹. En ese contexto se imponía un adecuado test de proporcionalidad de derechos, porque si bien es cierto que hay escasez en la caja fiscal y el Congreso de la República ha vulnerado las competencias del presidente para manejar la hacienda pública, también es cierto que existe un incumplimiento sistemático por parte del gobierno de las leyes laborales, de las actas y de los acuerdos firmados entre las partes. Y sobre todo, por la existencia de grave riesgo a la salud de la población, causado por la pandemia. En estas circunstancias, el silencio del presidente –más aún por la derogatoria de la Ley N.º 31039– demuestra frivolidad y desconocimiento de la realidad. El gobierno está en la obligación de proponer soluciones.

“

Las omisiones han sido clamorosas. Por ejemplo, no se ha referido a la estrategia que aplicará el gobierno en la lucha contra la pandemia; más aún cuando la vacunación tendrá un retraso por un tiempo que no se ha atrevido a señalar.

”

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Ley 31039. 24 de agosto de 2020

El Gobierno y la nueva cepa causal del covid-19¹

Medidas planteadas resultan insuficientes

Una vez más el pánico se ha apoderado del mundo, debido a la aparición de una nueva cepa variante de SARS-CoV-2, agente causal del covid-19, en el sureste del Reino Unido. Asimismo, Italia ha comunicado que ya ha detectado esa cepa en su territorio. Algo similar ha ocurrido en Sudáfrica. La enorme cantidad de veces en que el virus se replica predispone a esas mutaciones, que, en teoría, podrían ocurrir en cualquier parte del mundo. Frente a la nueva cepa otra vez los países toman medidas para evitar su propagación en cada uno de sus respectivos territorios y, por tanto, cierran sus fronteras.

A exigencia de la población, de los medios de comunicación, y luego de que ya otros países vecinos han tomado acciones, el Gobierno del presidente Sagasti ha planteado una serie de medidas como, por ejemplo, aumentar una hora al toque de queda, suspender los vuelos procedentes de Europa durante dos semanas, que los ciudadanos que hayan estado en Reino Unido en los últimos catorce días guarden cuarentena y, además, declarar alerta epidemiológica máxima. Es necesario señalar que según la primera ministra, todos los ciudadanos que han arribado al Perú procedentes de Reino Unido, han sido identificados y constatado que traían pruebas moleculares negativas; pero que por seguridad guardarán cuarentena durante catorce días, porque se han reforzado los estándares para el seguimiento epidemiológico. Sin embargo, las medidas adoptadas son insuficientes.

Para demostrar que las medidas son insuficientes, en modo previo, se debe evaluar los riesgos adicionales que trae la nueva cepa que ha aparecido desde la segunda mitad del mes de septiembre de 2020. Según los expertos, la cepa

presenta 20 mutaciones, frente a la cepa original, que le han conferido mayor capacidad de contagio, pero no mayor letalidad. Además, es crucial responder si la cepa mutante puede ser prevenida mediante la inmunidad obtenida por las personas en modo natural, o por la inducida por la vacunación. Como se sabe, en Reino Unido ya ha empezado la vacunación. Según los reportes científicos, parece que sí. Es decir, la vacunación sería eficaz también contra esta cepa mutante.

Como se puede apreciar, la característica de la nueva cepa del coronavirus es que ha ampliado su capacidad de contagio, eso implica que podría enfermar en modo simultáneo, y en menor tiempo, a un mayor número de personas que el virus original. Por otra parte, la capacidad de respuesta de nuestro sistema sanitario está al borde de ser sobrepasada con la rapidez de contagio del virus original. En consecuencia, la posible irrupción de la nueva cepa en el Perú aumentaría la velocidad del contagio y, como es obvio, colapsarían los hospitales.

En ese sentido, se ha omitido referirse al enfoque comunitario mediante la reactivación y el desarrollo del Primer Nivel de Atención; es decir, de los ocho mil puestos y centros de salud, en alianza con sus respectivas comunidades organizadas. También llama la atención que no haya existido ninguna medida para reactivar y reforzar los puestos, centros de salud y hospitales, bajo el mecanismo de Redes Integradas de Salud (RIS). Es increíble que el Gobierno aún no resuelva los conflictos laborales producto de su incumplimiento de las leyes, acuerdos y actas con los servidores de salud.

La gran desventaja que existe frente a los países desarrollados es que ellos enfrentan a la nueva cepa en momentos que aplican vacunas a su población, a pesar de que aún se encuentran en la fase III de ensayos clínicos (son cuatro fases), porque los estudios preliminares han dado resultados favorables, y por tanto, han obtenido una autorización excepcional debido al mayor riesgo de la pandemia. En cambio, el Perú no tiene esa posibilidad.

“

Para demostrar que las medidas son insuficientes, en modo previo, se debe evaluar los riesgos adicionales que trae la nueva cepa que ha aparecido desde la segunda mitad del mes de septiembre de 2020.

”

Las críticas justificadas contra el Poder Ejecutivo por las irregularidades y negligencias en las compras de vacunas han puesto en evidencia la existencia de aspectos geopolíticos, de impericia en la conducción de las relaciones internacionales y en la forma como se desarrolla la ciencia y la innovación, así como en la capacidad para realizar acuerdos con otros Estados y con las empresas multinacionales.

Ha quedado demostrado que los países desarrollados innovadores y otros países desarrollados compradores han acaparado los primeros lotes de la producción y comercialización de las vacunas. Una vez más, la mayoría de

“

Llama la atención, por ejemplo, que los países de la Alianza del Pacífico tengan todos acceso a la vacuna, a excepción del Perú.

”

los países del tercer mundo, deben situarse en la lista de espera. También se ha puesto en evidencia el poder de negociación de las naciones en función a la pertenencia a bloques y zonas de influencia geopolítica. Llama la atención, por ejemplo, que los países de la Alianza del Pacífico tengan todos acceso a la vacuna, a excepción del Perú. Como sabemos, la ministra de Relaciones Exteriores preside la Comisión Multisectorial para la compra de Vacunas que

lamentablemente aún no ofrece resultados favorables. La Cancillería peruana debería revisar uno a uno los acuerdos suscritos para encontrar el resquicio para obtener prelación en el acceso a la vacunación.

Las medidas planteadas por el Gobierno son insuficientes y caerán en saco roto porque tampoco ha anunciado ni tomado medidas para resolver el progresivo incremento de las aglomeraciones, de las marchas y las movilizaciones. ¡El Gobierno está obligado a enmendar el rumbo!

¹ Cuba Herberth. Portal El Montonero. elmontonero.pe. Diciembre de 2020.

El SIS y el presidente Sagasti

Cuando la ideología impide ver la realidad

El mensaje de fin de año de los nuevos funcionarios del Seguro Integral de Salud (SIS) es una declaratoria ideológica radical, en línea con el presidente Sagasti y la nueva Mesa Directiva del Congreso de la República. La nota de prensa “SIS garantiza la protección financiera de sus afiliados en salud durante las fiestas de fin de año” es un apretado resumen de los cambios que “aporta” la nueva gestión designada los primeros días de diciembre de 2020.

El Seguro Integral de Salud mantiene serias controversias en torno a su naturaleza jurídica. Por un lado, según el artículo 6 del Decreto Legislativo N.º 1158 de 2013¹, el SIS es creado como una institución administradora de fondos de aseguramiento (IAFAS); es decir, es un sistema previsional. Por el otro lado, según el Decreto Supremo N.º 058-2011-PCM², es un Organismo Público Especializado (OPE), que gestiona fondos suministrados por el Ministerio de Economía y Finanzas, a cargo del Minsa. Las controversias en torno a su naturaleza jurídica han derivado en una crisis de identidad que colisiona con la Constitución de la República, e incluso con la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (Ley N.º 29158). ¿Qué es el SIS? ¿Un Seguro o un Fondo de ayuda a la pobreza? La solución de estas interrogantes determina la forma de gestionar los recursos asignados, la intangibilidad de los fondos, la existencia de primas, los cálculos actuariales y los beneficios a los usuarios.

Como sabemos, el SIS se gestiona solo como un fondo de alivio a la pobreza, mediante transferencias de dinero, a pesar del rimbombante nombre “Seguro Integral de Salud” que se le ha asignado. Además, se ha generado un cuantioso engaño a la población afiliada, que cree que en realidad es

poseedora de un seguro de salud, cuando en realidad solo posee la expectativa de recibir ayuda parcial en momentos álgidos de su vida. Las quejas contra el engaño no son dirigidas contra los verdaderos autores –los funcionarios del SIS o del gobierno–, sino contra los médicos, profesionales y servidores de la salud, porque son los que enfrentan y constatan junto a los usuarios y a los pacientes la real naturaleza del SIS.

Por si fuera poco, en el mensaje de fin de año de la actual gestión se señala que “el SIS recuerda que también está garantizada la

gratuidad de la atención médica de sus asegurados en los establecimientos de salud del Estado a nivel nacional, por lo que hace un llamado a la ciudadanía a denunciar un cobro indebido”. Como sabemos el SIS no cubre todos los gastos de las atenciones; en consecuencia, el gasto de bolsillo es inevitable. Llamar a denunciar, sin hacer esa aclaración, implica promover denuncias injustificadas contra la profesión médica. Más aún a sabiendas de la escasez de la oferta de servicios de salud.

El Foro del Acuerdo Nacional en el año 2015, en el consenso plasmado el “Los objetivos de la reforma de salud”, acordó “fortalecer el Seguro Integral de Salud como seguro público para avanzar hacia la Seguridad Social Universal en Salud, de manera que actúe como el gran instrumento de universalización del acceso al cuidado y atención integral de la salud, para lo cual, se incrementará su financiamiento de manera significativa e irreversible”³. Además, este acuerdo ha sido ratificado en los nuevos consensos del Acuerdo Nacional del año 2020. Es decir, el consenso abandona la naturaleza de fondo de alivio a la pobreza que le atribuye el DS N.º 058-2011-PCM y avanza a un sistema previsional al amparo de los artículos 11 y 12 de la Constitución Política para lograr la Seguridad Social en Salud. Frente a este consenso, el contenido del “mensaje de fin de año” de la actual gestión del SIS representa un retroceso y retrotrae la posición del actual gobierno a los inicios del gobierno del presidente Humala y a la visión del paquete de los decretos llamados de la “reforma de la salud”.

“

El mensaje de fin de año de los nuevos funcionarios del Seguro Integral de Salud (SIS) es una declaratoria ideológica radical, en línea con el presidente Sagasti y la nueva Mesa Directiva del Congreso de la República.

”

“

Como sabemos, el SIS se gestiona solo como un fondo de alivio a la pobreza, mediante transferencias de dinero, a pesar del rimbombante nombre “Seguro Integral de Salud” que se le ha asignado.

”

La crisis de esa concepción se ha expresado el 2016 en cuantiosas deudas (de casi 2 500 millones de soles), en huelgas, en conflictos laborales e incluso que, mediante dos convocatorias, se pronuncie el Foro del Acuerdo Nacional. Uno de los aspectos cruciales de esa ideología es que promueve la creencia de que basta “garantizar el financiamiento” para que los ciudadanos sean atendidos o resuelvan su cuidado y su atención de salud. Como sabemos, eso es una falacia. En primer lugar, se debe fortalecer la oferta de servicios para resolver la

escasez de personal, equipos, insumos, medicamentos, infraestructura, entre otros. Pero lo más importante, cerrar la brecha de necesidades de médicos, profesionales de la salud y trabajadores. El drama ideológico impide visualizar la mezcla óptima entre el financiamiento y la prestación. Es como si en el calor del desierto se le entregara un sencillo de dinero al sediento para que consiga agua. El desarrollo de la pandemia de covid-19 nos ha reiterado ejemplos similares con el oxígeno medicinal, los medicamentos, las camas de cuidados intensivos, etc.

En segundo lugar, ha regresado al vilipendiado concepto de “los cinco planes”. La ideología impide darse cuenta de que los servicios del Estado están en la obligación de brindar cuidado y atención integral a toda la población. La Constitución Política y la Convención Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) otorgan ese derecho a todos los ciudadanos, sin distinción. Además, desde el año 2015, el SIS brinda mayores beneficios que esos “cinco planes” y 1 400 diagnósticos. ¡Cuidado con el SIS! ¡Son imprescindibles las correcciones!

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Legislativo N.º 1158. 06 de diciembre de 2013.

² Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Supremo N.º 058-2011-PCM. 04 de julio de 2011.

³ Acuerdo Nacional. Los objetivos de la Reforma de Salud. 2015.

Enfoque militar y agravio a los médicos

Ahora se les quiere acusar de “traición a la patria”

El 27 de diciembre se ha promulgado el Decreto Supremo N.º 013-2020-DE “que precisa las acciones del Grupo de Trabajo Te Cuido Perú y establece la Estrategia Operación Tayta a nivel nacional”. Todo ello al amparo del Decreto Legislativo N.º 1136, que señala que “el Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas es el Órgano Ejecutor y conductor de las acciones cívicas, y las coordinaciones con otras instituciones y sectores públicos”. Además, se aprueba como acción cívica a la Estrategia Operación Tayta, con cinco componentes de acción en “la detección, aislamiento, asistencia alimentaria, seguimiento y control médico, así como tratamiento de fallecidos” durante la pandemia de covid-19.

La norma también precisa que el jefe del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas ejerce liderazgo sobre la Policía Nacional, Ministerio Salud (Minsa), Essalud, Instituto Nacional de Defensa Civil (Indeci), Secretaría del Gobierno Digital de la Presidencia del Consejo de Ministros, el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) el Ministerio de Desarrollo Agrario y Riego, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, los gobiernos regionales y locales, así como de las juntas vecinales y organizaciones de la sociedad civil en general. Además, dispone del financiamiento de las entidades involucradas, sin demandar recursos adicionales, al Tesoro Público.

Como sabemos, el 14 de abril de 2020 se promulgó el DS N.º 068-2020-PCM que crea el Grupo de Trabajo Multisectorial² Te Cuido Perú, liderado por el Ministerio de Defensa, que, además, con una plataforma digital ha sido encargado de la geolocalización de las personas y su entorno directo,

así como de otras herramientas para el seguimiento clínico, la vigilancia y el monitoreo durante la pandemia. La justificación para esa medida, en su momento, era que los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención estaban casi cerrados y que no existía trabajo comunitario. Es decir, las acciones cívicas de las Fuerzas Armadas reemplazaron al trabajo de los puestos y centros de salud y al enfoque comunitario; pero además, para mayor eficacia, se suspendió el derecho humano al secreto e inviolabilidad de las comunicaciones, normados en el artículo 2 inciso 10 y otros, de la Constitución Política del Perú.

El Minsa ya había creado el primero de abril de 2020, mediante RM N.º 155-2020-Minsa el “Comando de Operaciones Covid-19”, bajo el liderazgo de la médica Pilar Mazzetti, para dedicarse a implementar, ejecutar, controlar y evaluar la atención médica y de salud en el nivel hospitalario de cada uno de los componentes del Sistema Nacional de Salud. En pocos días se crearon los Comandos de Operaciones Covid-19 regionales, la mayoría de las veces bajo comando militar. Se había configurado y consolidado la estrategia hospitalaria, militar y policial de lucha contra la pandemia.

El sustento de esta equivocada estrategia se basaba en la creencia que la pandemia era una guerra y, por tanto, debería ser conducida por los militares y sus comandos. En la conformación del Comando de Operaciones Regional Covid-19 de Arequipa, el 9 de abril de 2020, es que la actual ministra de Salud usó por primera vez la frase traición a la patria, para referirse a aquellos profesionales de la salud que no acataban las órdenes del Comando, con los siguientes términos: “Esta es una guerra y, si alguien no actúa, procedemos como en una guerra, donde no actuar es traición a la patria”.

“

El sustento de esta equivocada estrategia se basaba en la creencia que la pandemia era una guerra y, por tanto, debería ser conducida por los militares y sus comandos.

”

Es improbable que un ciudadano crea que una pandemia es una guerra y que debe ser liderada por los militares. Es obvio que la pandemia no es una guerra, sino un problema sanitario, que debe ser enfrentada por los profesionales de la salud, con el uso de la ciencia y la tecnología, sobre la base de los determinantes económicos, políticos, sociales y culturales. Sin embargo,

ahora, una vez más se ha ratificado el enfoque hospitalario, militar y policial y las acciones cívicas del Comando Conjunto de las Fuerzas Armadas, que han sustituido el enfoque comunitario y la reactivación y el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención.

“

El gobierno ha tomado un rumbo equivocado. La ideología y la percepción militarista del Minsa no justifica el agravio contra la profesión médica.

”

Como sabemos, para evitar la politización del enfoque comunitario en pleno proceso electoral, es indispensable que se realice bajo las normas que regulan la conformación de las Redes Integradas de Salud, a cargo del viceministerio de Prestaciones del Minsa. Sin embargo, existe un proceso de creación de comités vecinales contra el covid-19, en clara desconexión con los establecimientos de salud y con las Redes Integradas de Salud, por parte del viceministerio de Salud

Pública, también del Minsa. Es decir, las acciones cívicas, y los comités vecinales dificultan la conformación de las Redes Integradas de Salud.

En ese contexto, el 26 de diciembre de 2020, la ministra de Salud ha reiterado el agravio a la profesión médica con el uso de la tipificación del delito de “traición a la patria” en relación con el comportamiento de un reducido número de médicos, que no atienden en el sector público por encontrarse como población de riesgo, pero que, según afirmó, laboran para el sector privado. Menudo problema que cada hospital o establecimiento de salud puede corregir y sancionar, porque existen los mecanismos legales adecuados e idóneos; pero que de ninguna manera da pie a calificar a los médicos de traidores a la patria. El gobierno ha tomado un rumbo equivocado. La ideología y la percepción militarista del Minsa no justifica el agravio contra la profesión médica. ¡Cuando el agravio es reiterado, sí merece ser sancionado!

¹ Diario oficial El Peruano. Normas Legales. Decreto Supremo N.º 013-2020-DE. 27 de diciembre de 2020.

² Gaceta Jurídica. Decreto Supremo N.º 013-2020-DE. 27 de diciembre de 2020.

EPÍLOGO

Durante el periodo que ha abordado el presente libro se acrecentó el debate en torno al modelo de reforma que el Perú necesita. Apenas el expresidente Martín Vizcarra, cerró el Congreso de la República, por una “negativa fáctica de confianza” se hizo cargo de las funciones legislativas, mediante decretos de urgencia, al amparo de una interpretación “convenientemente” amplia del segundo párrafo del artículo 135 de la Constitución Política.

En esa circunstancia se promulgaron una serie de normas con la finalidad de implementar una “profunda” reforma regresiva del Estado y su relaciones con las empresas y los ciudadanos. Solo como ejemplo, basta recordar los Decretos de Urgencia N.º 014-2019 “Ley de Presupuesto”, que eludió una serie de proyectos en ejecución, políticas gubernamentales, como el Seguro Integral de Salud, proyectos de inversión, así como, de la escala salarial y otros aspectos laborales propios del Sistema Nacional de Salud. También se promulgaron los Decretos de Urgencia N.º 014-2020 y 016-2020, catalogados por las centrales nacionales sindicales como antilaborales. En ese mismo sentido regresivo, se promulgaron los Decretos de Urgencia N.º 007-2019, de “medicamentos genéricos” que modifica el sistema de abastecimiento y crea el “operador Logístico” y el N.º 019-2020 de “Cobertura Universal en Salud” que retoma y profundiza la reforma mercantilista bajo el modelo del Aseguramiento Universal en Salud. Además, en la quincena de marzo se instaló el Congreso de la República Complementario con motivo de la pandemia, otorgó facultades legislativas al Poder

Ejecutivo para legislar en materia sanitaria. En ese sentido, se promulgaron dos decretos legislativos, en abril, el DL N.º 1466-2020 de “Intercambio Prestacional” y en mayo el DL N.º 1504-2020, “que fortalece al Instituto Nacional de Salud” y modifica el DL N.º 1161 “Ley de Organización y Funciones del Minsa y la rectoría y sus alcances (Ley 30895) y asimismo, deroga la Ley N.º 27813, “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud” además, reforma el Sistema Nacional de Salud. Es decir, bajo el paraguas del interregno parlamentario y del azote de la pandemia de covid-19 se produjo la más audaz reforma mercantilista bajo el modelo del Aseguramiento Universal de Salud, por decreto, sin debate ni consenso.

Como ya es conocido, el Aseguramiento Universal de Salud implica destruir la doctrina solidaria de la Seguridad Social Universal (en salud) y a Essalud para introducir la intermediación financiera privada entre los fondos estatales o privados y el proveedor de los servicios médicos y de salud. Este proceso, que se inició en abril de 2009, con la promulgación con la Ley N.º 29344, “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud” ha sufrido una serie de tropiezos que la tornaron inaplicable, sobre todo, luego de conocerse el desarrollo y los detalles de ese proceso expresado en el paquete de 23 decretos legislativos, conocido como de “Reforma de Salud” durante el lustro del expresidente Humala. La conflictividad laboral y la participación del Foro del Acuerdo Nacional del año 2015, frenó ese proceso, que pretendió ser retomado luego del cierre del Congreso de la República del año 2019. Sin embargo, la pandemia puso en jaque el “creativo” andamiaje normativo, recién promulgado, del Sistema Nacional de Salud, y por tanto, el 28 de julio de 2020, en mensaje a la Nación, el expresidente Martín Vizcarra planteó el Pacto Perú, que incluía, entre sus puntos, la creación del Sistema de Salud Unificado, propuesta, que durante los meses de agosto y septiembre, ha sido ampliamente debatida y consensuada en el seno del Foro del Acuerdo Nacional.

El Aseguramiento Universal en Salud se basa en mercantilismo que subyace en la Ley N.º 29344. Cuatro son

sus componentes esenciales: 1) La división y separación de las instituciones de salud en entes solo financieros y solo prestadores, 2) La llamada "reforma" del financiamiento y su sostenibilidad, 3) Los arreglos institucionales para las compras estratégicas de servicios de salud a los privados, y, por último, 4) La flexibilización de la compra de servicios, con mecanismos abreviados y por adjudicación directa. En ese contexto, se inscriben por ejemplo, las compras de servicios de las urgencias y emergencias, las especialidades médicas escasas y la mayoría de los procedimientos deficitarios debido a la escasez de proveedores. Además, para desarrollar cada uno de los cuatro componentes se necesita: a) La contención de costos en el rubro de medicamentos, insumos y fuerza laboral, a través de mecanismos de control de precios muy estrictos (control de precios), b) La introducción de estándares, protocolos de atención y auditorías médicas punitivas (penalización del acto médico), c) El diseño de criterios de inclusión y exclusión de los usuarios o pacientes de los listados de daños y enfermedades, que los obligaban a recurrir a la judicialización, para acceder a los servicios médicos y de salud debido a la exclusión, de las listas en franca violación de la Constitución Política y los de los derechos humanos. Los más afectados, como es obvio, son los pobres y vulnerables que requieren cuidado y atención de las enfermedades poco comunes y de alto costo.

Sin embargo, el diseño macro del Modelo de Aseguramiento, necesita conceptos, comportamientos e instrumentos específicos e indispensables, que en modo transversal uniformicen y guíen el comportamiento de los funcionarios y servidores de los servicios de salud. El primer aspecto, quizá el crucial, es reemplazar la ética o la ética médica por la bioética. Como sabemos, el primer principio de la ética médica es "primum non nocere," es decir, en primer lugar no hacer daño. Sin embargo, debido a la aplicación de planes de aseguramiento en salud, que implica exclusiones de acceso, se convierte en indispensable la aplicación de la bioética, ya que sitúa en primer lugar a la autonomía de los usuarios y médicos: forma de pensar indispensable para decidir sobre los aspectos financieros del cuidado y

la atención médica, así como de la salud. En ese sentido, se destierra la frase “salud para todos” y es reemplazada por “salud para más personas.” El imperativo ético ha sido trastocado. El segundo aspecto se refiere al uso de los protocolos clínicos promovidos por los financiadores y el desprestigio de la libertad del médico en el discernimiento clínico. El tercer aspecto, es la transformación de la auditoría médica con fines de mejoramiento continuo, de la objetivación del discernimiento clínico del médico y de investigación científica, en auditorías médicas punitivas, sancionadoras y judiciales, solo demostrar el cumplimiento del protocolo, según las necesidades de las aseguradoras.

El cuarto aspecto, es desprestigiar la autorización del paciente, abierta, informada y por confianza para convertirla en un contrato de mutua desconfianza entre el médico, a nombre de la aseguradora, y el paciente, denominado “consentimiento informado.” El quinto aspecto, es la relación entre resguardo de la intimidad, el secreto profesional, la historia clínica con fines exclusivamente médicos, frente a las necesidades amplias, financieras, contables y médicas de las aseguradoras en el proceso de la interoperabilidad, es decir, del intercambio de información entre plataformas o sistemas informáticos, en marcha en el Perú, desde el año 2009 como la Plataforma de Interoperabilidad del Estado (PIDE). El sexto aspecto es la promoción del intrusismo en medicina, con el objetivo que otros actores no médicos realicen actos médicos y amplíen la provisión de servicios médicos y de salud, para contener y abaratar costos y favorecer a las empresas proveedoras y a las aseguradoras. Pero no se crea que solo es un fenómeno que afecta a la profesión médica, sino que mediante el mecanismo de la cascada afecta también a las otras profesiones de la salud.

Además, el modelo de aseguramiento obliga al Estado a marchar a contracorriente de lo que hace el sector privado, que se fortalece a través de la integración vertical (es decir, la unificación de la prestación con el financiamiento en una misma empresa) y la integración horizontal (no solo de seguros médicos, sino de otros tipos de seguros y de prestaciones e incluso, la venta de insumos y

medicamentos en retail). El diseño de la estructura de este modelo de organización y gestión de salud, centrado en el intermediador financiero permite traspasar los fondos públicos al sector privado para la medicina curativa, sin competencia, al margen del libre mercado y con el solo beneficio de los allegados al poder político, debido a la naturaleza del Sistema Nacional de Salud, que como sabemos, es segmentado, fragmentado, con autonomización de las actividades de salud de los gobiernos regionales, con incipiente interoperabilidad, escasez de servicios y de especialidades, entre otros. La experiencia del lustro del gobierno humalista fue contundente: se más que duplicó el gasto y empeoraron los indicadores sanitarios, porque se priorizó la reforma del financiamiento "del negocio de la salud" y se soslayó la medicina preventiva, la salud pública, la Atención Primaria de Salud y la incidencia en los determinantes económicos, sociales y culturales de la población.

Al inicio del año 2021, se espera que se publiquen los consensos ya logrados en septiembre de 2020, en el Foro del Acuerdo Nacional, que reconoce a la salud y a la seguridad social como derechos humanos fundamentales y a la importancia destacada del Primer Nivel de Atención de Salud con enfoque comunitario y amplia participación social, así como, la función complementaria del sector privado. Es decir, la creación de un Sistema de Salud Unificado que se enrumbe hacia la Seguridad Social Universal en Salud, con la transformación del Seguro Integral de Salud en un verdadero seguro social público y la conjunción con las otras instituciones de seguridad social, como Essalud, Sanidad Policial y sanidades militares, entre otros, pero además, con la conformación de Redes Integradas de Salud (RIS) en todo el territorio nacional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuerdo Nacional. Política XIII. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social. 2002.
2. Acuerdo Nacional. Los objetivos de la Reforma de la Salud. 2015.
3. Acuerdo Nacional. Documento de Trabajo Preliminar. Propuesta para un Pacto Perú; para la construcción del Sistema Unificado de Salud. 2020.
4. BID. Redes Integrales de Salud en marcha. 2020.
5. Cuba García, Herberth. Elaboración del modelo de las Redes Integradas de Salud (RIS) Minsa. 2018.
6. Cuba García, Herberth. Salud dentro de la Reforma. Cuper Perú Ediciones. 1994.
7. Cuba García, Herberth. Salud en la encrucijada. Reforma y desafíos actuales. Cuper Perú Ediciones. 1993.
8. Cuba García, Herberth. Salud. Una experiencia dentro de la crisis. Lima Perú. 1992.
9. López Cazorla, Alvaro. Gobernantes y gobernados. Reflexiones sociopolíticas. Lima Perú 2020.
10. López Cazorla, Alvaro. Parlamento y poder político. Lima Perú 2019.
11. Rawls, John. Lecciones sobre la historia de la filosofía política. Espasa libros, S.L.U., 2009.
12. Tarazona Palma, Roberto y otros. Reglamento del Congreso de la República, concordado. Oficialía Mayor 2012.
13. Sartori, Giovanni. Cómo hacer ciencia política. Santillana Ediciones Generales. S.L. 2011.
14. Essalud hacia la modernización de la seguridad social en el Perú. 2019.
15. Grupo de Expertos en Atención Primaria de la Salud, Primer Nivel de Atención y Salud Individual, Familiar y Comunitaria. Aportes a la lucha contra la covid-19 y lo no covid; aportes al cambio y transformación de la Salud. 2020.
16. Ministerio de Salud. Agenda digital del Sector Salud 2020-2025. 2020. Resolución Ministerial N.º 816 2020.
17. Ministerio de Salud. Tratamiento de los datos personales relacionados con la salud. 2020. Resolución Ministerial N.º 688-2020-Minsa.
18. Vattimo, Gianni. El fin de la modernidad, Nihilismo y hermenéutica en la cultura posmodern. Editorial Gedisa. 1985.
19. Vergara, Alberto. Ciudadanos sin República. De la precariedad institucional al descalabro político. Editorial Planeta Perú. 2018.
20. Sen, Amartya. Desarrollo y libertad. Editorial Planeta Argentina. 2013.
21. Ministerio de Salud. Compendio estadístico: información de recursos humanos del sector Salud, Perú 2013.

22. Organización Panamericana de la Salud. Contribuyendo al financiamiento sostenible de sistemas de salud de cobertura universal. 2010.
23. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología sin números. 1992.
24. Kymlicka, Will. Filosofía política contemporánea. Editorial Ariel. Barcelona. 1995.
25. Delgado Matallana, Gustavo. Daniel A. Carrión en la Cripta de los Héroes de la Guerra de 1879. Colegio Médico del Perú, 2015.
26. Acuerdo Nacional. Políticas de Estado y Planes de Gobierno 2016-2021.
27. Acuerdo Nacional. Consensos para enrumbar al Perú. 2014.
28. El libro de la Política. DK Londres 2013.
29. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Bases conceptuales para el ejercicio de la Rectoría del Ministerio de Salud. 2020. Resolución Ministerial N.º 653-2020-Minsa.
30. Ministerio de Salud. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 Perú País Saludable. Decreto Supremo N.º 026-2020-SA.
31. Ministerio de Salud. Criterios técnicos para la operatividad de la entrega de medicamentos, otros productos farmacéuticos y dispositivos médicos para pacientes crónicos procedentes de los institutos especializados y hospitales nacionales y regionales que serán atendidos por el primer nivel de atención: "Llegando a ti". Directiva Sanitaria N° 111-Minsa-2020-DGOS.
32. Ministerio de Salud. Grupo de Trabajo para la Atención y Cuidado Integral de la Salud. Resolución Ministerial N.º 441-2020-Minsa.
33. Ministerio de Salud. Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para fortalecer y facilitar la implementación del intercambio prestacional en salud en el sistema nacional de salud, que permitan la adecuada y plena prestación de los servicios de prevención y atención de salud para las personas contagiadas y con riesgo de contagio por Covid-19. 2020. Decreto Legislativo N.º 1466, 2020. Resolución Ministerial N.º 433-2020-Minsa.
34. Ministerio de Salud. Comisión y plan multisectorial para la protección de los pueblos indígenas y originarios. 2020. Resolución Ministerial N.º 430-2020-Minsa. 18. Ministerio de Salud. Ley que establece la conformación y el funcionamiento de las Redes Integradas de Salud - RIS. Decreto Supremo N.º 019-2020-SA.
35. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la operación específica en el Primer Nivel de Cuidado. 2020. NTS_160-2020-Minsa.
36. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria N° 93-Minsa-2020-DGIESP, Directiva sanitaria que establece disposiciones y medidas para operativizar las inmunizaciones en el Perú en el contexto del Covid-19 2020. Resolución Ministerial N.º 214-2020-Minsa.
37. Ministerio de Salud. Documento Técnico: Prevención, diagnóstico y tratamiento de personas afectadas por covid-19 en el Perú, 2020. Resolución Ministerial N.º 193-2020-Minsa.

38. Ministerio de Salud. Lineamientos que refuerzan el Cuidado Integral de salud en el primer nivel de atención. Resolución Ministerial N.º 182-2020-Minsa.
39. Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley N.º 30947, Ley de Salud Mental 2020. Decreto Supremo N.º 007- 2020-SA.
40. Ministerio de Salud. Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). 2020. Resolución Ministerial N.º 030-2020-Minsa.
41. Ministerio de Salud. Cobertura Universal de Salud 2019. Decreto de Urgencia N.º 017-2019.
42. Ministerio de Salud. Ley de Medicamentos. 2019. Decreto de Urgencia N.º 007-2019.
43. Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales de Salud. 2019. Decreto Supremo N.º 020-2019-SA.
44. Ministerio de Salud. Aprobar el Plan Operativo Institucional (POI) Multianual 2020-2022 del Pliego 011: Minsa. 2019. Resolución Ministerial N.º 384-2019/Minsa.
45. Ministerio de Salud. Nota conceptual. Pacto por la Salud. 2018.
46. Ministerio de Salud. Políticas y acciones en salud hacia el Bicentenario. Documento de gestión. 2015.
47. OMS. Declaración de Astaná. 2018. Disponible en: [https://www.who.int/docs/default-source/primary health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf](https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf)
48. OMS. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 2014. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-s.pdf> 33. OMS. Salud en Todas las Políticas. 2013.
49. OMS. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986.
50. OMS. Declaración de Alma Ata. 1978. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/AlmaAta-1978Declaracion.pdf>
51. OPS. Funciones esenciales para la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. 2020.
52. OPS. Salud universal en el siglo XXI: 40 años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. W.D.C. 2019.
53. OPS. Propuesta de Modelo Regional de Redes integradas de servicios de salud con enfoque de salud familiar y comunitaria en la región Cajamarca y su plan de implementación. 2017.
54. OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud. Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. 2010.
55. PNUD. Apoyo del PNUD para la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2016. Disponible en: <https://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/poverty-reduction/undp-supportto-the-implementation-of-the-2030-agenda.html>
56. PNUD. Objetivo 3: Salud y bienestar. Disponible en: <https://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-andwell-being.html>
57. Normas Legales. Diario Oficial El Peruano.

