

Las lecciones de la pandemia: construyendo un nuevo sistema de salud para el futuro

Actualmente, somos el país con el mayor número de muertes por 100 mil personas; situación penosa que develó la magnitud del desastre social que deja la pandemia. Son casi 213 mil muertes que han causado dolor y desamparo a miles de familias. Nos preguntamos: ¿por qué? El continente más desigual del mundo no puede esperar algo bueno. Analizaremos el porqué:



1.- La escasez de servicios de diagnósticos moleculares.

Al inicio de la pandemia no habían más de cinco laboratorios con esta capacidad de prescripción. Esta carencia causó un subregistro de los fallecidos, pues se informaban solo los casos que cumplían con la definición de Organización Mundial de la Salud - OMS. Era evidente que la data oficial no conversaba con la realidad. Se formaron varias comisiones de sinceramiento que incluyeron casos con diagnóstico clínico de neumonía, tomografías similares a la COVID-19, uso de pruebas rápidas, etc. Esto promovió que el crecimiento vaya de 70 mil muertos a casi 200 mil. Si México hiciera lo mismo habría que multiplicar los casos por 8 y Brasil, por lo menos, por 5. En este sentido está bien la data actual. Está más

próxima a la realidad, aunque nos ponga como primeros en el mundo.

2.- La existencia de clases sociales y castas.

Este problema no ha sido ajeno a nuestra historia. El colonialismo agravó esta situación, generando grupos de poblaciones excluidos por otros. La desigualdad genera segregación social, lo que causa que conjuntos amplios de personas tengan menos acceso a los servicios de salud. Este contraste es visible en las diferencias urbano-rural: las clases sociales D y E se tiñen más de muerte que los sectores A, B y C. Los grupos indígenas y afroperuanos mueren más que los blancos. Los analfabetos mueren más que los instruidos. Los obreros y ambulantes mueren más que los doctores o ingenieros. Los que viven en San Isidro y Miraflores mueren menos que los que viven en SJL, Villa el Salvador y Comas.

3.- Lima es el Perú.

En los últimos años, ha sido la capital la que ha decidido los gobiernos en las elecciones, salvo esta última. A pesar de que existe una ley de descentralización, no se hace efectiva. Los gobiernos regionales son casi ventanillas de pago. Menos del 30% del presupuesto nacional está direccionado a los gobiernos subnacionales; del cual, gobiernos locales reciben el 15%. El 70% restante sigue en manos del gobierno central. Así como el dinero, la decisión de qué estrategias emplear, es limeña.

4.- Los ministerios.

Estas entidades hace tiempo se han irrogado la imagen que son los operadores del cambio, las reformas y el bienestar. Lo que realmente nos han demostrado es que son un paquidermo interesado en llenar los ministerios de gente con color político y luego se nombran para perecer allí. Piensan que el país se dirige con normas técnicas. Se preocupan por su burocracia y no por el personal de salud, que no recibe ni un par de zapatillas. Ternos y zapatos para las sedes de gobierno, nada para el personal de campo. Esta dinámica tiene que acabar, los ministerios deben ser los asistentes técnicos de las autoridades y organizaciones de los territorios. Debemos empezar una verdadera descentralización, devolviendo la decisión cerca de la acción. Lo que pasó con el control de la enfermedad se ve ahora en la vacunación: la decisión es limeña con poco aporte de los niveles territoriales.

Sigue prevaleciendo el enfoque sectorial. La idea general de que la COVID-19 es un tema del MINSA se volvió hegemónico; los territorios están ajenos y son meros objetos receptores de orden, se bloqueó los liderazgos locales que son fundamentales.

5.-Acción intersectorial: CERO.

Más allá de la formación del comando del comando vacuna -que funcionó solo unos días- cada institución volvió a lo suyo: EsSalud por su lado, MINSA y los Gobiernos Regionales por otro. Quienes estuvieron asegurados tuvieron más ventajas. En la apertura de la cuarentena no se vio a los sectores actuando conjuntamente para evitar los contagios. Los mercados fueron dejados a su libre imaginación, los colegios y universidades se quedaron mudas y el MIDIS brilló por su ausencia. ¿Cuál fue el rol de las “mesas de concertación”? No tenemos la cultura de trabajar equipo y con otros, y esta situación se ha repetido con la vacunación.

6.-La comunicación social.

Todos los técnicos opinan sobre lo precaria que fue la comunicación para evitar el contagio. La comunicación utilizada estuvo basada en el miedo, no estratificó sus mensajes por edades y tampoco tuvo en cuenta los espacios culturales diversos. No se promovió la solidaridad, el bien común, la responsabilidad social ni la participación en la vigilancia, la atención ni el control de la enfermedad.

7.-Falta de personal capacitado.

Nos solo se vio la falta de personal intensivista para la atención de UCIs, también se evidenció la falta de epidemiólogos en el nivel central y en los niveles regionales. Asimismo, fue notable la carencia de recursos capacitados en el primer nivel de atención, falta de personal capacitado en investigaciones operativas para tomar decisiones prontas; así como la escasez de recursos para movilizar, educar y promover la acción intersectorial y la participación social. Un punto importante a destacar es la insuficiencia de recursos para manejar el tema de salud mental.

“Actualmente estamos regidos por un sistema supuestamente coordinado y descentralizado de salud, que en la práctica es un “saludo la bandera” que no coordina ni integra ni es vinculante.”

8.-Sesgo biológico y no de Determinantes Sociales de la Salud (DSS). El sesgo biologista consiste en la exclusión de las causas sociales, económicas y psicológicas de la enfermedad, lo cual hace que solo valoriza únicamente la historia natural de la enfermedad. Esta acción centra todo el esfuerzo en la atención hospitalaria, dejando de lado la atención en el primer nivel de atención y la acción comunitaria.

9.- No se toma en cuenta los territorios. Cuando una epidemia como la COVID-19 afecta a la población de una zona, sea chico o grande, son los actores principales de estos territorios los llamados a ser los partícipes y decisores de lo que hay que hacer para evitar la enfermedad. Asimismo, se encargan de atender y cuidar a las personas de su comunidad, teniendo como asesores técnicos al personal de salud. El liderazgo tiene que estar en el territorio, sus autoridades y las organizaciones. Todo esto se dejó de lado.

10.-Un sistema de salud quebrado. En el 2020 la pandemia encontró un país con una inversión en salud 3% del PBI, la mitad de lo que tienen países como Uruguay o Chile. Hacer un hospital demora casi 13 años por la corrupción política y de justicia. En el tiempo de PPK y Vizcarra no se hizo ningún hospital nuevo. Con recursos médicos centralizados en la capital, carencia de servicios en las grandes ciudades, hacinamiento en la atención y sin vigilancia de la calidad de servicio, era de evidente que una pandemia de esta magnitud arrasara con la población pobre.

Un sistema publico eficiente debe atender a todos de acuerdo a su necesidad y ser financiado por los impuestos que hacen los ciudadanos al gobierno; ya sean pagados a la SUNAT o indirectamente pagando el IGV. Un sistema público de salud considera el acceso a la salud como un derecho humano. Por lo tanto, el Estado está en la obligación de poner a disposición de la población servicios de salud integrales, con atención de calidad, que sean accesibles en todo lugar y que cuenten con la aceptabilidad de los usuarios; para lo cual, tiene que tomar en cuenta la cultura y condiciones sociales de la población que demanda esta atención.

Los gobiernos deben tomar las previsiones financieras y administrativas para la provisión de servicios en cantidad y calidad, basados en los estándares internacionales y distribuidos de manera equitativa. Implementar un sistema público de salud no sólo es la asignación de recursos, deriva de las opciones

políticas en el gobierno. Los Estados no pueden mirar “desde el balcón” la interacción entre los ciudadanos y el mercado prestador de servicios de salud. Los gobiernos deben tener la suficiente autoridad legal para poder modular y ordenar la oferta y demanda de servicios para construir un sistema de atención con equidad y de calidad.

Para tener un sistema público de salud fortalecido, habría dos tendencias: optar por un sistema único de salud en donde el gobierno es el prestador prevalente o por un sistema integrado de los sistemas de salud existentes; pero, a través de una gestión única que salvaguarde los intereses de la población. Actualmente estamos regidos por un sistema supuestamente coordinado y descentralizado de salud, que en la práctica es un “saludo la bandera” que no coordina ni integra ni es vinculante. Esto no funciona. La pandemia de la COVID-19 nos ha mostrado como las personas enfermas que pertenecían a los diferentes regímenes de atención tenían una atención diferenciada. El trato es mucho mejor cuando se cuenta con recursos y facilidades de inversión que han permitido tener infraestructura moderna y adecuada a las necesidades de la gente.

Para la mayoría de las personas pobres, la atención es precaria por la carencia de equipos y la escasez de recursos humanos bien formados; lo cual no permite que se pueda responder con oportunidad y calidad a las necesidades de la población. Adicionalmente, hay cosas como una gestión ineficiente sin resultados y la corrupción galopante.

Para contar con un sistema público fortalecido se debe llegar a acuerdos más allá del equipo de gobierno: se debe buscar acuerdos nacionales con los que hacen y ejecutan las leyes, con los representantes del sector privado, con los gremios y con los voceros de las opciones políticas de los partidos. Con una gran diversidad de personas para pensar juntos en un sistema público fuerte. Buscamos un sistema, digamos homogéneo, en la atención, gestión marcada por los resultados y no por el financiamiento.



En nuestro contexto actual de postpandemia, es necesario que los gobiernos tomen las previsiones financieras y administrativas necesarias para la provisión de servicios de salud de calidad.

Ya han pasado varios meses y la esperanza de tener un sistema público mejor se está diluyendo. Este objetivo no puede lograrse sin un consenso político y social, que es lo que más falta ahora. La carencia de espacios de discusión y de aprobación dificultará la formación de un nuevo y mejorado sistema sanitario. Es necesario definir entonces, ¿Qué características debe tener un sistema público fortalecido?

- **La prestación de los Servicios de salud debe contar con el enfoque de Atención Primaria en Salud (APS)**

Implica que las acciones realizadas por los servicios de salud deben estar centradas en la población y sus necesidades; enfatizando las acciones de prevención de riesgos, enfermedades, acciones de promoción de la salud, y la acción curativa y reparadora de acuerdo a la complejidad de la demanda de las personas.

- **Se desarrollarán modelos de cuidados de salud integrados**

La atención y cuidados se desarrollarán bajo los enfoques de Redes Integradas de Salud (RIS) en sus cuatro dimensiones: gestión, financiamiento, gobernanza y prestación. En esta dimensión se implementará el Modelo de Cuidado Integral de

salud (MCI) por curso de vida. Las RIS deben ir de la mano con la implementación y operativización del MCI.

- **Financiamiento para una cobertura universal**

Se debe incrementar los recursos financieros para salud, que debería ser más allá del 6% del PBI, como la mayoría de países de América Latina. Estos recursos tienen que ser utilizados de la mejor manera, teniendo como referencia un plan local de salud.

- **Recursos humanos para la salud.**

Los recursos humanos en salud son los que mueven el sistema. Estos deben ser competentes, en cantidad suficiente y adscritos a una red de atención. Se les debe garantizar estabilidad laboral y un plan de desarrollo personal y adiestramiento para una interacción cultural asertiva.

“Ya han pasado varios meses y la esperanza de tener un sistema público mejor se está diluyendo. Este objetivo no puede lograrse sin un consenso político y social, que es lo que más falta ahora.”

- **Medicamentos para todas las personas que lo necesiten.**

Los medicamentos son un complemento indispensable para restituir y mantener una buena salud. Se debe procurar que estén al alcance de las personas y de manera gratuita, Se necesitará financiamiento suficiente, distribución y almacenamiento adecuado en los tres niveles de atención.

- **Infraestructura, equipamiento y tecnología de acuerdo a la necesidad y la modernidad.**

La respuesta sanitaria será más efectiva si se cuenta con infraestructura adecuada y moderna, equipamiento de acuerdo a la normatividad y uso de tecnología para ayuda al diagnóstico, tratamiento de la más alta gamma y de acuerdo a las necesidades de la población. La tecnología, también, debe estar al alcance de los pobres.

- **Gobernanza Sanitaria**

El gobierno de los funcionarios y gestores tiene que cambiar. La gobernanza es

obligatoria en la gestión del sistema a todo nivel, lo cual implica que la población organizada o sus representantes deben estar cerca de la toma de decisiones y asumir la corresponsabilidad de estas. Es necesario generar espacios de debate público de políticas y que estas salgan desde los usuarios.

- **Salud en todas las políticas.**

La salud no se logra o mantiene en los servicios de salud. La salud como tema transversal en todas las políticas es un enfoque para la formulación de políticas públicas de todos los sectores que benefician la salud de las personas. Implica acciones colaborativas que buscan mejorar el sistema sanitario mediante la incorporación de una mirada de salud en la toma de decisiones en todos los sectores y áreas de política.

Invierno 2022

Alfonso E. Nino

Universidad Peruana Cayetano Heredia