

Informe del Grupo de Trabajo Diagnóstico, Análisis de la Problemática y Perspectivas del Sistema de Salud del Perú de la Comisión de Salud y Población

1. Introducción:

El Grupo de Trabajo “Diagnóstico, Análisis de la Problemática y Perspectivas del Sistema de Salud del Perú” ha sido conformado en cumplimiento del acuerdo de la Quinta Sesión Ordinaria de la Comisión de Salud y Población, realizada el martes 09 de junio de 2020, con la finalidad de especializar y facilitar el trabajo.

El grupo de trabajo ha tenido la finalidad de realizar el diagnóstico y análisis de la problemática, de cada uno de los componentes del Sistema Nacional de Salud y evaluar las perspectivas de cada una de ellos y proponer las medidas necesarias para mejorar la capacidad de legislar, fiscalizar y representar por parte del Comisión de Salud y del Congreso de la República de conformidad con lo dispuesto en los artículos 1 y 34 del Reglamento del Congreso de la República y en el artículo 94 de la Constitución Política del Perú.

El grupo de trabajo ha estado conformado por congresistas de 5 grupos parlamentarios, según los acuerdos de la Quinta Sesión Ordinaria de la Comisión de Salud y Población y quedó instalado el día 01 de julio del 2020 y para la coordinación resultó electa la Congresista Tania Rosalía Rodas Malca.

Este grupo de trabajo ha contado con 5 miembros titulares:

Nº	CONGRESISTA	CONDICIÓN	GRUPO PARLAMENTARIO
1	Tania Rosalía Rodas Malca	Coordinador	Alianza para el Progreso
2	Napoleón Widman Vigo Gutiérrez	Miembro Titular	Fuerza Popular
3	Luis Felipe Castillo Oliva	Miembro Titular	Podemos
4	Hipólito Chaiña Contreras	Miembro Titular	Unión Por El Perú
5	Miguel Ángel Gonzales Santos	Miembro Titular	Partido Morado

Sin embargo, hay que tomar en cuenta, que el congresista Hipólito Chaiña Contreras, el 22 de febrero del 2021, ha fallecido, como consecuencia del Covid-19. En consecuencia, el grupo de trabajo ha concluido con 4 miembros.

El grupo de trabajo ha realizado cuatro sesiones y una serie de consultas técnicas, en modo virtual, a través de la plataforma de Microsoft Teams. Las sesiones se realizaron el 1 de julio del 2020, el 18 de julio del 2020, 24 de julio del 2020 y el 31 de julio del 2020. Han sido invitados una serie de funcionarios y expertos, que con importantes ponencias y con la absolución de las preguntas de los congresistas, con la finalidad de que expongan en relación al diagnóstico de la situación de salud y propuestas para lograr la seguridad social universal en salud y que se pronuncien en relación al Decretos Legislativo 1466, Decreto Legislativo 1504 al Decreto de urgencia 017 – 2019, al Decreto Legislativo 1158, artículo 6 del año 2013 y el Decreto Supremo 058 – 2011 – PCM que se detallan a continuación:

- Lic. Claribel Paredes Portocarrero, Decana Nacional del Colegio de Trabajadoras Sociales del Perú.
- Lic. Liliana La Rosa Huertas, Decana Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú.
- Dr. David Vera Trujillo, Decano Nacional del Colegio de Odontólogos del Perú.
- Lic. Antonio Castillo Carrera, Decano Nacional de Colegio de Nutricionistas del Perú.
- Dr. Pedro Miguel Palacios Celi, Decano Nacional del Colegio Médico del Perú.
- Dr. Teodoro Quiñones Sánchez, Representante del Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú - SINAMSSOP.
- Lic. Monica Rios Torres, Decana Nacional del Colegio de Enfermeros del Perú.
- Lic. Carlos Sánchez Rafael, Decano Nacional del Colegio de Tecnólogos Médicos del Perú.
- Mg. Margarita Rocio Pérez Silva, Decana Nacional del Colegio de Obstetras del Perú.
- Dr. Marcial Torres Caballero, Decano Nacional del Colegio Químico Farmacéutico del Perú.
- Dr. Augusto Magno Tarazona Fernandez, Presidente del Comité de Salud Pública del Colegio Médico del Perú.
- Dr. Godofredo Talavera, Presidente de la Federación Médica Peruana.
- Sr. Arles Garcia Cachique, Secretario Nacional de la Federación Nacional de Trabajadores del Sector Salud.
- Dr. Teodoro Quiñones Sanchez, Representante del Sindicato Nacional Médico del Seguro Social del Perú – SINAMSSOP.
- Sr. Luis Lazo Valdivia, Representante de ForoSalud.
- Sr. Wilfredo Ponce Castro, Secretario General de la Federación Centro Unión de Trabajadores del Seguro Social de Salud FED – CUT.

2. Análisis de la problemática: El marco jurídico y su impacto en el Sistema Nacional de Salud

El gobierno ha promulgado una serie de normas con la finalidad de retomar el proceso de reforma de salud. El decreto de urgencia 046-2021 con la finalidad de asignarle al Seguro Integral de Salud, 250 millones de soles para que, entre otros aspectos, realice la adecuación de su gestión a los cambios que implicará la aplicación de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento en Salud promulgado el 2009, es decir, de hace 12 años. Este proceso denominado de reforma de salud sufrió un duro revés el año 2015, como consecuencia de las cuantiosas deudas de más de 2500 millones de soles a los hospitales públicos y privados por parte del Seguro Integral de Salud, así como, a los enormes conflictos al interior del Sistema Nacional de Salud, ocasionado por su impacto regresivo en el ejercicio de los derechos a la salud y a la seguridad social en salud de los ciudadanos.

En ese sentido, los actores involucrados, incluidos los más altos funcionarios del gobierno del expresidente Humala, acudieron en búsqueda de consenso, para salir de la crisis, al Foro del Acuerdo Nacional, que luego de arduo debate durante seis meses, respaldaron con su firma el documento “Los Objetivos de la Reforma de Salud”. El aspecto central de este acuerdo logrado el 2015, es que se ratifica que la Salud y Seguridad Social Universal en Salud son derechos fundamentales, tal como se plasmó en la Política XIII del Foro del Acuerdo Nacional del año 2002. Además, el aseguramiento quedó de lado, a tal punto, que no existe mención alguna en este documento. El debate había concluido y el consenso logrado implicaba el fin de esa propuesta de reforma de salud, basada en el aseguramiento. Sin embargo, en noviembre del año 2019, en el interregno parlamentario, se promulgó el Decreto de Urgencia 019-2019 de “Cobertura Universal en Salud”, que reiteraba el impulso al modelo de aseguramiento. Esta era la tercera vez, que se insistía en un modelo de salud que no gozaba de consenso. El gobierno del expresidente Martín Vizcarra promulgó el Decreto de Urgencia 019-2019, sin consenso porque no había consenso y con una cuestionada interpretación a su favor por el uso de los decretos de urgencia. Como sabemos, el gobierno del expresidente Vizcarra ha abusado de sus prerrogativas, porque ha promulgado este decreto de urgencia sin tomar en cuenta los principios de excepcionalidad, de necesidad, de transitoriedad y de generalidad que deben observar estos decretos de urgencia. En consecuencia, esta norma aún podría ser declarada inconstitucional por el Congreso de la República.

El año 2020 fue declarado como el “Año de la Universalización de la Salud”, porque entre los objetivos del gobierno figuraba la implementación del modelo de aseguramiento, sin embargo, la aparición de la pandemia y las protestas de los gremios complicó su implementación. Además, el modelo de aseguramiento se basa en la compra de prestaciones médicas, es decir, es un modelo curativo, en

consecuencia, desde que se promulgó La Ley 29344 de Aseguramiento Universal, el año 2009 y sus complementarios decretos legislativos, del año 2013, conocidos como “los 23 decretos legislativos de la reforma de salud”, el primer nivel de atención de salud con enfoque comunitario, es decir, los centros y puestos de salud, dejaron de ser prioritarios, en detrimento de la medicina preventiva, la promoción de la salud, la Atención Primaria de Salud (APS) y la intervención en los determinantes económicos, sociales y culturales de la salud. La aparición de la pandemia encontró al primer nivel de atención de salud, muy debilitado y precarizado. En lugar de fortalecerlo y mejorar su capacidad resolutoria, el gobierno del expresidente Martín Vizcarra y del exministro Víctor Zamora, ordenaron su cierre, “para no exponer” a los servidores y población en general. Abandonaron el proceso de creación de las Redes Integradas de Salud (RIS), según Ley 30885, que articula y complementa la función de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención de Salud con enfoque comunitario, sean estos del sector público, del privado o mixto con la finalidad de eliminar la fragmentación y segmentación del Sistema de Salud en el nivel local.

En su lugar crearon un modelo curativo y represivo para enfrentar la pandemia, denominado “hospitalario, militar y policial”. En esa misma línea, ajena al consenso, el gobierno continuó con el proceso iniciado en el interregno parlamentario, a pesar de la pandemia y promulgó dos nuevos decretos legislativos: en abril, el decreto legislativo 1466-2020 “de intercambio prestacional” y en mayo, el decreto legislativo 1504-2020 que fortalece al Instituto Nacional de Salud que por un lado, aprovecha para modificar la rectoría del Minsa, normada por el Decreto Legislativo 1161 “Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud” y la Ley 30895 “que fortalece la función rectora del Minsa” y por otro lado, deroga la ley 27813 “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud para reformar el Sistema Nacional de Salud. Es decir, bajo el paraguas de la pandemia, a pesar del fracaso del modelo curativo y hospitalario, el gobierno del expresidente Martín Vizcarra, culminó las bases normativas para poner en marcha el modelo del Aseguramiento Universal en Salud. Sin embargo, la crisis sanitaria arrolló el modelo del aseguramiento expresado en el enfoque hospitalario, militar y policial, a tal punto que, en el aniversario del Perú, el 28 de julio del año 2020, en el mensaje a la Nación, el expresidente Martín Vizcarra, planteó el Pacto Perú, que en uno de sus cinco puntos incluyó la construcción de un sistema unificado de salud.

En el mes de setiembre del 2020, el Foro del Acuerdo Nacional, por segunda vez debatió el modelo del aseguramiento. Desde el 2009, esta era la cuarta vez que se pretendía implementar esta reforma. Sin embargo, luego del debate, el consenso fue negativo para el gobierno y se ratificó que la salud y la Seguridad Social en Salud son derechos humanos fundamentales. Una vez más el aseguramiento quedó fuera del debate. El Foro del Acuerdo Nacional tiene pendiente la publicación de este último consenso. El actual ministro Oscar Ugarte, por quinta vez, se insiste en lo mismo, a pesar de no gozar de consenso.

El 20 de mayo último ha promulgado el Decreto de Urgencia 046-2021, y ha transferido 250 millones de soles al Seguro integral para que se adecue desde el punto de vista institucional para avanzar hacia el aseguramiento. Además, el 27 de mayo el gobierno ha promulgado la Resolución Suprema 014-2021-SA y ha creado la Comisión Multisectorial con la finalidad de actualizar los porcentajes vigentes del crédito para cubrir el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. La Comisión Multisectorial está conformada por un representante del Minsa, otro del ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, un tercero, del EsSalud y por último de Susalud. Como se puede apreciar, no hay ningún representante de cada uno de los estamentos del Consejo Directivo de EsSalud, que como se sabe, está constituido, en primer lugar, por los asegurados, representados por los trabajadores del régimen laboral de la actividad privada, trabajadores del régimen laboral de la actividad pública y representante de los pensionistas; en segundo lugar, por los empleadores, representados por la gran empresa, la mediana y la pequeña y la microempresa y por último, por los 3 representantes del Estado. Esta omisión es grave, porque el informe técnico, se referirá al destino del dinero de EsSalud y su sostenibilidad financiera. Es decir, solo los miembros del Estado, que no aportan dinero alguno, decidirán el aporte del empresario a cuenta de la planilla de sus trabajadores. Así mismo, decidirán, la forma en que se hará uso de sus derechos a la salud y a la seguridad social en salud. Por último, la Comisión tendrá un plazo de 15 meses para evacuar su informe, es decir, durante el próximo gobierno.

El rol de la Comisión Multisectorial es clave en el proceso de implementación del modelo de aseguramiento, porque necesita destruir el concepto de capa simple de las leyes 26790 “Ley de modernización de la Seguridad Social” que pone en funcionamiento las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), y la 27056 “Ley de Creación de Essalud” para colocar en su lugar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) de la Ley 29344 “Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Es decir, para dejar de lado, la noción de capa simple de EsSalud y reemplazarlo por el PEAS del modelo de aseguramiento, se necesita que ambos conceptos tengan el mismo contenido, no solo en daños y condiciones asegurables, sino, también, en precios. En ese sentido, hay que tomar en cuenta, que según el artículo 16 de la Ley 26790, el importe de dinero que se transfiere a las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) es el equivalente al 25% del aporte regular que es del 9% de la planilla de cada trabajador. En otras palabras, un cuarto del aporte o el 2.25 del 9% a cuenta de cada trabajador. La transferencia de ese dinero a las EPS sirve para cubrir las atenciones denominadas “de capa simple” y que están establecidas en los artículos 9 y 15 de la Ley 26790, y en modo adicional, el asegurado a EsSalud posee una cobertura integral de atenciones, es decir, de las medidas de promoción de la salud, de la prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación del ciudadano en modo íntegro o completo.

En cambio, el aseguramiento afilia a los daños y condiciones asegurables de las personas. El aseguramiento solo es responsable de cumplir con lo que estipulan las pólizas contratadas. En consecuencia, el ciudadano como tal, no importa. Es decir, la Comisión Multisectorial deberá lidiar con la reducción de los derechos de los afiliados a EsSalud, para introducir el aseguramiento, y, además, conciliar una nueva tarifa, en función del 25% del aporte total de cada trabajador a EsSalud (2.25 del 9%) que está destinado a la capa simple de EsSalud y que, con la lógica de las pólizas de los seguros privados, se denominará PEAS.

Es probable que la Comisión Multisectorial señale, por un lado, que el 25% de aporte es insuficiente, y, por tanto, que recomiende su incremento. Además, este es un reclamo de las Entidades Prestadoras de Salud desde hace varios años y durante varias gestiones gubernamentales. Por ejemplo, en lugar de que EsSalud transfiera 2.25 del 9%, como lo hace ahora, podría transferir 3 del 9% o quizá mucho más. La corrida de fondos de EsSalud podría ser cuantiosa con el consecuente riesgo de su sostenibilidad financiera, con grave perjuicio sobre las prestaciones a los asegurados regulares de EsSalud. Por otro lado, los daños y las condiciones asegurables del PEAS podrían disminuir, con la finalidad que las Entidades Prestadoras de Salud acepten. De realizarse de esta manera, se afectarían los derechos ya adquiridos de los asegurados de EsSalud afiliados a las EPS.

3. Diagnóstico del Sistema Nacional de Salud: La rectoría y la Gestión Sanitaria.

Rectoría

Uno de los aspectos centrales del diagnóstico de la salud es la precariedad de la rectoría del Ministerio de Salud. La Constitución Política del Perú, la ley 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y la ley 26842, Ley General de Salud establecen que el MINSA es la máxima autoridad sanitaria del país, y por lo tanto, es el ente rector del Sistema Nacional de Salud en el país.

a. La debilidad de la rectoría del Minsa

La rectoría del Ministerio de Salud para su propio sector, así como, para Sistema Nacional de Salud, se encuentra debilitada por la segmentación y la fragmentación de la prestación de los servicios y de proveedores que no están articulados ni dialogan. También el sistema de servicios de salud de nuestro país presenta deficientes indicadores sanitarios, largas colas en los establecimientos de salud y falta de atención médica para casi un 20% de la población, sobre todo, la más pobre, y de las zonas rurales de la sierra y de la selva. Es decir, el Estado no tiene la capacidad de respuesta necesaria para enfrentar los desafíos sanitarios que los ciudadanos esperan. Es un sistema ineficaz e ineficiente frente a las necesidades de la gente.

El escaso recurso presupuestal que se asigna se gasta en modo irracional. Se han producido tres efectos perversos que reproducen la ineficiencia y la ineficacia: la fragmentación, la segmentación y la autonomización en materia sanitaria de los gobiernos regionales, como producto de errores en el proceso de descentralización.

El proceso de fragmentación se ha producido también en otros países, y consiste en la coexistencia dentro de un territorio de diversos actores organizacionales sin ninguna vinculación o coordinación entre ellos. En el Perú, coexisten, por ejemplo, las tres sanidades militares, la sanidad policial, la seguridad social (Essalud), el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, las municipalidades, los diversos tipos de servicios de salud privados, entre otros. El agravante consiste en que estas instituciones están adscritas a ministerios de ramos distintos.

El proceso de segmentación tampoco es extraño en otros países del continente, y consiste en el proceso de separación por segmentos de los 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 el segmento más pudiente o más pobre. En esa misma lógica, la intervención del Seguro Integral de Salud, como un seguro para pobres y vulnerables, ha incrementado y profundizado el proceso de segmentación.

La novedad en el Perú es la autonomización de la salud en los gobiernos regionales, producto de 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. Como sabemos, lo que se comparte no se transfiere, sin embargo, las funciones y competencias en materia de salud fueron transferidas, durante el gobierno del presidente Humala, a los gobiernos regionales. La consecuencia ha sido la autonomización frente a la rectoría del Ministerio de Salud (Minsa) y su escasa capacidad para cumplir el mandato constitucional.

b. Cultura organizacional.

Cada uno de los componentes del Sistema Nacional de Salud posee su propia cultura institucional, con distintas lógicas de los servicios y con fines distintos. Además, la Superintendencia Nacional de Salud adolece de las capacidades y competencias suficientes para proteger el derecho a la salud. Los problemas del proceso de descentralización y las limitadas capacidades de gestión agudizan el problema.

c. Desarrollo e indicadores de gestión.

Hay limitada capacidad para realizar el seguimiento de los indicadores de gestión. Es necesario desarrollar un observatorio de indicadores en materia de calidad, oportunidad, cobertura financiera y equidad, con acceso público a fuentes de datos, enfocándose en la primera etapa en la revisión de programas estratégicos que fragmentan las intervenciones sanitarias.

- d. Controversia en la llamada especialización y separación de funciones de los diversos componentes del sistema Nacional de salud, es decir, de la función de gobierno, de prestación, de financiamiento, y de supervisión. Dado el tiempo transcurrido desde la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento, y los problemas ocurridos en la sanidad policial, se impone una revisión de esa propuesta, que es vista como un proceso de privatización sanitaria. Es necesario al contrario fortalecer el Sistema Nacional de Salud, fortalecer el rol complementario del sector privado y revisar los programas estratégicos que fragmentan las intervenciones sanitarias.

e. Interoperabilidad

Existe deficiencia en el intercambio de información y big data entre los diversos componentes del Sistema Nacional de Salud, que impide el intercambio prestacional, la complementariedad de servicios y atenciones a favor de los ciudadanos. Es necesario fortalecer y desarrollar las normativas que establezcan las bases de la interoperabilidad, que incluyen los sistemas de información, historias clínicas únicas y digitalizadas, acceso garantizado a medicamentos, entre otros.

f. Sistema Nacional de Salud.

El decreto Legislativo 1504-2020 ha derogado al Ley 27813 del Sistema Nacional Descentralizado y Coordinado de Salud Mediante, sin embargo, aún no se ha puesto en funcionamiento en nuevo sistema. Sin embargo, es necesario la constitución y funcionamiento de los consejos regionales, provinciales, distritales y comunales de salud, estableciendo su carácter deliberante, consultivo y vinculante en sus acuerdos.

g. Las relaciones entre los tres niveles de gobierno en salud.

A pesar que existe la Comisión Intergubernamental en Salud, que articula los tres niveles de gobierno, esta poderosa herramienta ha demostrado falencias durante la pandemia. Al contrario, se han creado organismos paralelos con el “Comando de Operaciones Covid-19, en consecuencia, es necesario optimizar la gestión territorial de la salud para los ciudadanos del país con carácter vinculante y bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

h. Susalud.

La Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) ocupa un lugar especial en la protección de los derechos de los consumidores de los servicios de salud, sin embargo, es necesario fortalecerla. La fragmentación, la segmentación y la autonomización en materia sanitaria de los gobiernos regionales, dificultan la protección de los derechos de los ciudadanos. Además, el hecho de responder en modo directo ante la Alta Dirección del Minsa, incide negativamente en el cumplimiento de sus funciones, sobre todo en el sector público. Es necesario, desarrollar la función de evaluación del impacto regulatorio de la frondosa normatividad de alcance nacional.

i. Intercambio Prestacional.

El intercambio prestacional implica el intercambio de información y transferencia, incluso, compra venta de servicios entre los diversos componentes del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, la normatividad al respecto ha sido abundante e incluso contradictoria. Es necesario fomentar y desarrollar el intercambio prestacional, pero, antes, está pendiente de solución de las valorizaciones, tipo tarifarios, bajo diversas modalidades y la interoperabilidad.

j. Evaluación de las tecnologías sanitarias.

Las dificultades para fortalecer la innovación y el costo efectividad de las nuevas tecnologías, requieren la implementación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías con una normativa que promueva la innovación, la investigación y el respeto irrestricto de los derechos ciudadanos.

k. La meritocracia y respeto de los derechos laborales.

Institucionalizar la meritocracia y las líneas de carrera en las profesiones del sector salud y en el Sistema Nacional de Salud, en los niveles estratégicos de dirección, así como, en los niveles misionales y asistenciales y en los niveles de soporte del sistema sanitario, evitando la alta rotación y pérdida de profesionales y capacidades con la correspondiente afectación de la continuidad de los procesos de gestión en el Sistema Nacional de Salud.

4. Gestión sanitaria

- a. La fragmentación, segmentación y la autonomización en materia sanitaria de los gobiernos regionales generan una pobre o nula capacidad de interactuar entre sí. Es necesario consolidar las Identificaciones Estándar de Datos en Salud (IEDS) según, el Decreto Supremo N° 024-2005-SA, o una actualización, debido al tiempo transcurrido, con la finalidad de estandarizar

los procedimientos médicos, productos farmacéuticos, identificación de los usuarios, de establecimientos de salud, de servicios médicos, del personal de salud, así como, del componente financiero.

- b. Existe abundancia de normas, muchas de ellas incoherentes con la realidad actual y con pobre adherencia de los responsables en su cumplimiento. Es necesario simplificar la normatividad, mejorar la técnica legislativa y la calidad regulatoria de las mismas. Es necesario avanzar en la sistematización de la normativa sectorial del Sistema Nacional de Salud.
- c. Existe una pobre capacidad de negociación, sin ventajas de comprador, debido a la fragmentación de los procesos, por fuentes de financiamiento y compra en ámbitos, tanto, nacionales, como, regionales y locales. Es necesario avanzar, perfeccionar y modernizar la gestión de compras nacionales corporativas e implementar un operador logístico único de alcance nacional, para evitar la fragmentación y obtener beneficios por las ventajas globales en la negociación, oportunidad de precio y calidad en los productos adquiridos
- d. Limitada capacidad del gasto y de su efectividad.
La actual asignación del financiamiento favorece la fragmentación y segmentación del Sistema Nacional de Salud, hecho que limita la capacidad de fiscalización de la calidad de gasto, así como de la efectividad del uso de los fondos asignados. Es necesario crear los mecanismos para integrar el financiamiento proveniente de diferentes fuentes públicas y garantizar su administración integrada, eficiente y transparente.
- e. Fragmentación de los sistemas de operaciones.
Cada sector o componente del Sistema Nacional de Salud posee sus propios sistemas de gestión de operaciones, diferentes protocolos, codificaciones y reglas de negocio que impide la interacción entre los mismos con alto riesgo legal y de transparencia para los funcionarios a cargo. En ese sentido, es indispensable, el fortalecimiento de la interoperabilidad y la estandarización de los procesos, subprocesos, procedimientos y funciones a nivel intergubernamental, Intersectorial, públicos o privados y nivel de responsables de los procesos de soporte. Se incluye la necesaria mejora de la conectividad
- f. La integridad y a lucha contra la corrupción
Existe debilidad en la implementación de la función y las unidades u oficinas de integridad y transparencia que permite un alto riesgo de corrupción y mal uso de los recursos. Es necesario implementar y fortalecer la transparencia, integridad y la lucha contra la corrupción, tanto en los servicios públicos como privados.

- g. Las debilidades de la gestión de los establecimientos de salud.
Existe limitada capacidad de los hospitales públicos de administrar, conducir y dar sostenibilidad a diferentes servicios, tanto en las áreas de soporte, como, misionales, de sus servicios a los usuarios del sistema. Hay servicios con serias deficiencias, como limpieza, seguridad, alimentación, abastecimientos, compra, almacenamiento y distribución de medicamentos, etc. Es necesario incorporar mecanismos creativos de gestión para lograr la eficacia y eficiencia de las unidades ejecutoras del Sistema Nacional de Salud.
- h. Las Redes Integradas de Salud (RIS)
La fragmentación, segmentación y la autonomización en materia sanitaria de los gobiernos regionales, desarticulan la oferta de los servicios con afectación, tanto de la continuidad, como de la integridad y oportunidad de los servicios con alto riesgo para el deterioro de la salud de los usuarios de los servicios. Las Redes Integradas de Salud deben garantizar que la población reciba igualdad de oportunidades para acceder a una atención de salud eficaz, gratuita, de calidad y culturalmente adecuada, además, que aborde los determinantes económicos, sociales y culturales de la salud y que prioricen las intervenciones de promoción de la salud, prevención y el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención de Salud con enfoque comunitario.
- i. Los servidores de salud y su relación con los usuarios.
Existe una interacción inadecuada de los usuarios de los servicios con el personal sanitario y sus autoridades que provoca desentendimientos y conflictos continuos que terminan en maltratos, agresiones, quejas y denuncias con daño reputacional para el sistema sanitario. Es necesario fortalecer la participación de los usuarios de los servicios de salud, desarrollando su capacidad de veedores de la calidad oportunidad e idoneidad de los servicios, pero además, otorgar herramientas legales que disuadan la agresión y el maltrato.
- j. Recursos humanos.
Es necesario el cumplimiento del Plan Nacional de Formación Profesional y Desarrollo de Capacidades de los RRHH en en salud 2018-2021 y cerrar la brecha de profesionales y de trabajadores de salud. Es necesario cumplir con la homologación del régimen laboral de profesionales de la salud en el marco del Sistema Nacional de Salud. Cumplir con el ascenso y el cambio de línea de carrera. Además, asegurar el presupuesto para cumplir con el tercer y cuarto tramo de la escala salarial que aún se adeuda.

- k. La Escuela de Salud Pública y la meritocracia para los cargos directivos
La Escuela Nacional de Salud Pública aún mantiene un rol marginal en el desarrollo de las capacidades de los servidores del Sistema Nacional de Salud. Es necesario fortalecer las competencias, mediante la educación continua, de cada uno de los servidores de salud. Es necesario generalizar el acceso a cargos de gestión sobre la base de la meritocracia, de acuerdo al perfil del cargo y la formación profesional.

5. Recomendaciones

- a) Es necesario retomar el debate y lograr consensos para avanzar en la construcción de un sistema de salud unificado sobre la base de la Seguridad Social Universal en Salud. El avance logrado en el Foro de Acuerdo Nacional, a pedido del expresidente Martín Vizcarra en el marco del Pacto Perú, debería ser implementado.
- b) Es imprescindible reconocer que la salud y la Seguridad Social en Salud son derechos humanos fundamentales. Las normas legales deben alinearse para que los ciudadanos ejerzan con plenitud esos derechos.
- c) Los consensos logrados en el Foro del Acuerdo Nacional, de los años 2002, 2015 y 2020, ratifican al Sistema de Seguridad Social en Salud, como el modelo idóneo que la población tenga acceso universal a la prestación de salud, económicas y sociales, sobre la base de la solidaridad y en la que el sector privado es complementario.
- d) Es necesario que el seguro Integral de Salud se convierta en un verdadero seguro social público, que otorgue, tal como, lo hace EsSalud, prestaciones sanitarias, económicas y sociales.
- e) La realidad ha demostrado que el acceso a la salud es excluyente, a pesar de que las leyes señalen lo contrario, salvo que vayan asociadas a las prestaciones sociales y económicas. Tal como ocurre en un sistema de Seguridad Social Universal.

Lima, 07 de junio de 2021.