

Menuda tarea: Hacer gestión en salud en el Perú

Homework: Doing health management in Peru

Héctor Agustín Aguinaga-Fernández^{1,2,b}

Señor Director:

En Lambayeque-Perú, existe singularmente un pico en la capacidad de gasto en el último trimestre; si contamos con que en el gasto presupuestal en Lambayeque a llegado a 89,1% hasta diciembre del 2019, según el portal de transparencia económica del MEF, salta la primera interrogante, ¿solo tenemos capacidad de gasto en el último trimestre?⁽¹⁾.

Cuando decidimos trabajar en gestión, nos encontramos con una serie de inconvenientes propios del sector salud, copados de problemas e incertidumbre. Por ejemplo, el sistema de salud en el Perú es fragmentado institucionalmente por el MINSA, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Seguro Social en Salud, empresa privada en salud y Sector Público Privado. Sumado a esto se encuentran una serie de subsistemas divididos en aseguradores como el Seguro Integral de Salud (SIS), IAFAS, EsSalud, SALUDPOL, EPS, etc⁽²⁾.

En gestión pública; por lo que siempre podemos escuchar, los problemas son el pan de cada día y si es en el sector Salud son visibles aún más; ¿por qué?... al respondernos tenemos la certeza de no tener una cultura de prevención, no contamos con los recursos idóneos para afrontar problemas, tenemos carencia de personal capacitado, personal que carece de las competencias blandas necesarias para estos puestos de alta interacción y así podríamos enumerar muchos más que se aglomerarían a la lista de los problemas interminables del día a día en los pasillos de los hospitales y centros de salud.

Podemos apreciar un aumento en las enfermedades degenerativas como la diabetes mellitus tipo 2 con dos nuevos casos cada 100 personas al año, esto sin contar que la evidencia es escasa en la selva y poblaciones rurales; además el 20% no cuenta con servicio de salud alguno⁽³⁾. Hace poco la presidencia de la republica anuncio el SIS coberturaría a todos los peruanos; esto será complicado desde un punto de vista presupuestario y de recursos humanos⁽⁴⁾.

¿Qué hacer?... parece ser la pregunta que todos los profesionales que lidian con estos problemas a diario tratan de responder, algunos culpan al escaso presupuesto, otros al sistema, pero considero que sería un híbrido de todos los mencionados, pero que nos lleva a concluir que son las personas y la estructura principalmente.

Personas que se auto medican⁽⁵⁾, personas que no se nutren bien^(6,7), personas que no se educan⁽⁸⁾, personas que vegetan en sus puestos laborales, personas que van a trabajar llevando los problemas de casa a su centro de labores⁽⁹⁾, personas que no respetan las líneas jerárquicas o son envueltas en la corrupción⁽¹⁰⁾, personas dejadas, etc; que muchas veces son justificados con sueldos insuficientes; pero el Estado Peruano ha mejorado las remuneraciones del personal asistencial. Los Decretos Legislativos 1153 y 1162 permitieron nivelar las remuneraciones de los trabajadores del interior del país con los de la capital⁽¹¹⁾. Pero el sentido de vocación de servicio del personal involucrado en salud dista mucho de lo aceptable^(12,13).

Por lo tanto, si queremos considerar un horizonte de cambio deberíamos partir por modernizar la estructura del Estado, ¿suena a término trillado!; ¿existe una política de modernización del Estado, manuales de gestión, procesos, etc?⁽¹⁴⁾. Conversando con médicos que han sido directores de hospitales de más de mil trabajadores; mencionaban que no existía planificación operativa o que no dependía de ellos para que llegase el dinero atrapado en una cuenta estatal con uno de los requisitos de los muchos existentes y de nuevo llegamos al mismo punto, personas.

Son escasos los países que tienen una especialidad con el perfil del médico especialista de Gestión en Salud. En España, la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública incluye en su perfil aspectos de gestión, planificación y evaluación de los servicios de salud, sumado a la prevención e identificación de daños en la población⁽¹⁵⁾. En Chile, la especialidad de Salud Pública, incluye la Gestión Sanitaria, Epidemiología, Promoción de la Salud, Estadística, así como, obtener destrezas para ejercer roles de liderazgo en investigación⁽¹⁶⁾. En México, existe una especialidad denominada Calidad en la Atención Clínica; y en Uruguay, existe la especialidad de Administración de Servicios de salud⁽¹⁷⁾.

1. Consejo Regional VIII, Colegio Médico del Perú, Chiclayo, Perú.
2. Universidad Nacional Agraria La Molina, Lima, Perú.
a. Ingeniero y Magister en Administración.

La especialidad médica de Gestión en Salud de Perú se diferencia del resto por tener tópicos meramente teórico-prácticos de la gerencia en el sector salud. En otros países, la gestión en el sector salud se incluye como parte de las rotaciones, cursos o tópicos específicos, no siendo la raíz principal de la especialidad. La especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública de España es considerada básicamente como no hospitalaria; además, es apoyada por el programa de maestría de Salud Pública durante el primer año de formación. Esta situación también es compartida por la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, y la de Medicina del Trabajo. En Perú, el inicio de la especialidad es muy parecida a la que actualmente se desarrolla en España⁽¹⁸⁾.

Pero para que lleguen las personas idóneas a mejorar este problema tendrán que contar con una estructura sistémica moderna que garantice que la capacidad de gasto de las entidades prestadoras de servicios de salud cumpla con las metas establecidas y sean la justificación para pedir más recursos al gobierno competente^(19,20).

Entonces ataquemos estos dos puntos, personas y estructura:

Personas: consideramos dos ambientes, interno y externo, en el interno dotar de capacitación a los recursos que tengan el perfil en competencias blandas mínimas para afrontar y dar solución a los problemas; en el externo capacitar en cultura preventiva a las familias para explicar la importancia del primer nivel de atención y la consecuencia de no conocer el funcionamiento del sistema de salud.

Estructura: aquí el problema es mayor, ya que no solo depende de la estructura de un hospital sino la estructura de solución de problemas en una instancia superior como una gerencia de red asistencial, gerencia regional de salud, gobierno regional, ministerio de salud, etc, la modificatoria de la estructura partirá de un análisis de eficiencia y eficacia de los procesos y los diferentes responsables que darán fluidez a los recursos necesarios para solucionar escenarios negativos de este convulsionado sector.

Algún catedrático de alguna universidad prestigiosa dirá: “pero eso es gestión por procesos”⁽²¹⁾, y eso, solución que siempre he escuchado, no se aplicaría aquí al menos en el corto plazo, porque si pensamos en la gestión por procesos identificaríamos a un recurso que por ejemplo atendería a alguien en emergencia y se preocuparía en que saliera sonriente en un tiempo determinado de un nosocomio, esto en la práctica no existe, y en el corto plazo es poco probable que exista. Seamos realistas y comencemos con una estructura de base, modificando los hospitales y la red para demostrar que si se pueden hacer cambios significativos cuando nos interesamos y aportamos, existen valiosos

profesionales y personal que labora en los centros asistenciales, dotando de gerentes articuladores que den alternativas de solución; dejemos el modelo de personal operativo que no es asertivo y no expresa o advierte de un posible error.

Solo así, la salud en nuestro país y nuestra región tendrá la esperanza de mejorar su accionar y en un corto plazo gracias a esto, veremos sonrisas y agradecimiento en los pacientes que son el principal actor de todo este enmarañado sistema.

Menuda tarea, a trabajar...

Conflictos de interés: El autor niega conflictos de interés.

Financiamiento: Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Economía y Finanzas. Transparencia económica [Internet]. [citado el 8 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2SKvEnZ>
2. Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao MO. El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos [Internet]. [citado el 8 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/2wBgiJT>
3. Maguiña C, Galán-Rodas E. Situación de la salud en el Perú: la agenda pendiente. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2011;28(3):569-70.
4. Carrillo-Larco RM, Bernabé-Ortiz A. Diabetes mellitus tipo 2 en Perú: una revisión sistemática sobre la prevalencia e incidencia en población general. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. enero de 2019;36(1):26-36.
5. Vera-Romero OE, Urcia-Peláez JMM, Ayala-Bravo E, Falla-Aldana BS, Díaz-Vélez C. Nivel de Conocimiento, Actitudes y Resultados Negativos de la automedicación en estudiantes de la universidad Pública. *Lambayeque 2010-2012*. *Rev Cuerpo Méd HNAAA*. 2017;10(1):20-30.
6. Álvarez-Dongo D, Sánchez-Abanto J, Gómez-Guizado G, Tarqui-Mamani C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010). *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2012;29:303-313.
7. Mispireta ML, Rosas AM, Velásquez JE, Lescano AG, Lanata CF. Transición nutricional en el Perú, 1991-2005. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2007;24(2):129-135.
8. Guadalupe C, Huillcamisa J, Miranda L, Quintana ML, Rodríguez J, Santillán N, et al. La educación peruana a inicios del nuevo siglo; [Internet]. [citado el 8 de diciembre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/235>
9. Morales R, Rodriguez J, Higa M, Montes R.

- Transiciones laborales, reformas estructurales y vulnerabilidad laboral en el Perú: 1998-2008. Capítulos Libr PUCP Chapters PUCP Books. 2010;47-115.
10. Quiroz AW. Historia de la corrupción en el Perú. Instituto de Estudios Peruanos; 2014. [Internet]. [citado el 8 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/37LPm6K>
 11. Velásquez A, Suarez D, Nepo-Linares E. Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2016;33(3):546-55.
 12. Lagos Z, De Mattos C, Urrutia MT. Competencias blandas y calidez en enfermería: Definiciones, concepción y características. *Rev Horiz Enferm*. 2019;24(1):32-41.
 13. Perales A, Mendoza A, Sánchez E. Vocación médica: necesidad de su estudio científico. En: *Anales de la Facultad de Medicina*. UNMSM. Facultad de Medicina; 2013. p. 133-138.
 14. de Ministros P del C. Política nacional de modernización de la gestión pública al 2021. Lima Perú Secr Gest Pública PCM. 2013;
 15. Villalbí JR, Pérez-Albarracín G, Delgado-Rodríguez M. La formación en España de médicos especialistas en Medicina Preventiva y Salud Pública. *Rev Esp Salud Pública*. 2011;85(6):507-12.
 16. Becerril-Montekio V, Reyes J de D, Manuel A. Sistema de salud de Chile. *Salud Pública México*. 2011;53:s132-s142.
 17. Noriega LM, Castillo M, Santolaya ME. Formación de especialistas en Latinoamérica. Rol de las universidades chilenas. *Educ Médica*. 2018;19:25-30.
 18. Rivera Del Río GF, Valdivia Vera E, Palacios Enriquez AE, Del Campo Sánchez J, Rojas Cama LF, Lingán Cubas NM, et al. La especialidad médica de gestión en salud en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos: 30 años formando gestores para el sector salud. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2019;36(1):116-22.
 19. Chanes M. Os desafios na formação de gestores líderes em saúde. *O Mundo Saúde*. 2006;30(2):326-331.
 20. Riega-López P. Desafíos en la formación de gestores y administradores de salud. *Asoc Nac Medicos Resid Perú* [Internet]. [citado el 8 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.fepas.org.pe/adjuntos/Dr_Pedro_Riega_Lopez.pdf
 21. Business EGS of. ¿En qué consiste la gestión por procesos de las instituciones de salud? [Internet]. [citado el 8 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/39NBScc>.

Correspondencia

Héctor Agustín Aguinaga-Fernandez.

Dirección: Av. Antenor Orrego 1016 La Victoria Dpto 03 Chiclayo, Perú.

Correo: hector_aguinaga@hotmail.com