

MARTÍN TANAKA
EDITOR

2021

Capítulo 8

**LAS ELECCIONES
Y EL BICENTENARIO**

**¿Oportunidades desperdiciadas
o aprovechadas?**



2021: las elecciones y el bicentenario
¿Oportunidades desperdiciadas o aprovechadas?
Martín Tanaka, editor

© Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 2021
Av. Universitaria 1801, Lima 32, Perú
feditor@pucp.edu.pe
www.fondoeditorial.pucp.edu.pe

Diseño, diagramación, corrección de estilo y cuidado de la edición:
Fondo Editorial PUCP

Primera edición: julio de 2021
Impresión por demanda

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio,
total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2021-06705
ISBN: 978-612-317-664-8

Impreso en Aleph Impresiones S.R.L.
Jr. Risso 580, Lima - Perú

LOS RETOS DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO

Camila Gianella Malca¹

La pandemia de la COVID-19 no solo ha puesto en evidencia la precariedad del sistema de salud peruano, sino que también ha mostrado la diversidad de intereses que existen en este sistema y cómo estos intereses afectan de manera directa el acceso a la atención sanitaria.

Un ejemplo claro es el del oxígeno medicinal. La pandemia ha mostrado la irracionalidad de una norma adoptada en 2010, que estipulaba que el nivel de concentración de oxígeno medicinal en el Perú tenía que ser del 99%-100%². Esta decisión, que fue adoptada sin hacer público un análisis de evidencia que la sustentara, favoreció a unas pocas compañías con capacidad de elaborar el producto en el país. Entre estas destacan Linde y Air Products, que, en un mercado altamente concentrado como consecuencia de la legislación, «ganaron contratos con el Estado peruano por más de S/ 369 millones en los últimos años»³. En 2010, Praxair Perú S.R.L., Aga S.A. (ahora Linde Praxair) y Messer

¹ Doctora en Filosofía por la Universidad de Bergen. Docente del Departamento Académico de Psicología de la PUCP.

² Ver resolución ministerial 062-2010/Minsa.

³ Zapata, Ralph (2020). *Compañías que dominan el negocio del oxígeno deberán pagar S/24 millones por repartirse el mercado*. <https://ojo-publico.com/1904/justicia-confirma-fallo-empresas-que-dominan-negocio-del-oxigeno>

Gases del Perú S.A. (comprada en 2018 por Air Products) fueron sancionadas por la Sala Especializada en Defensa de la Competencia del Indecopi por realizar prácticas restrictivas a la competencia en el mercado de oxígeno medicinal, calificadas como muy graves, entre enero de 1999 y junio de 2004.

Pese a que a fines de 2012 la Comisión de Eliminación de Barreras Burocráticas de Indecopi resolvió que exigir una concentración del 99-100% en el oxígeno medicinal carecía de sustento técnico y, en consecuencia, constituía una barrera burocrática, la regulación se mantuvo hasta 2020, cuando, en medio de la pandemia de la COVID-19, se emitió un decreto de urgencia que autorizaba el uso del oxígeno medicinal con una concentración no menor al 93%, que es el estándar internacional. Este no es un caso aislado y da cuenta de intereses privados en el sector salud, que carece de mayor regulación para prevenir que intereses de actores privados se superpongan a los de los usuarios. Por ejemplo, en el Perú se mantiene la integración vertical privada sin restricciones; es decir, que un mismo actor privado puede ser asegurador, proveedor de los servicios de salud y proveedor de los medicamentos e insumos médicos que se utilizan en esas atenciones sin ningún mecanismo de control de precios. Como señalan Durand y Salcedo⁴, en el mercado de insumos, medicamentos, tecnología sanitaria y servicios de salud peruano, se ha tendido a generar una «complementariedad negativa» entre lo público y lo privado que ha sido favorecida por «la debilidad regulatoria, la falta de voluntad regulatoria, y la influencia de las ideas privatistas entre los funcionarios y los organismos reguladores y las prácticas corporativas». El caso del oxígeno muestra cómo estas condiciones terminan actuando en contra del interés general.

⁴ Durand, Francisco & Emilio Salcedo (2020). Intereses, gremios y situaciones de captura del Estado. En Edmundo Beteta, Oliver Elorreaga, Francisco Durand, Emilio Salcedo y Camila Gianella (eds.), *Patologías del sistema de salud peruano* (pp. 49-144). Lima: Fondo Editorial PUCP.

La escasez de oxígeno mostró la incapacidad del Estado peruano para tomar medidas para prevenir la escasez del suministro de un insumo esencial en el tratamiento de la COVID-19. Consideremos que, si bien América Latina es una de las regiones más afectadas por la COVID-19 la mayoría de países de la región no ha tenido los problemas de escasez del oxígeno medicinal presentados en el Perú, pues el Estado tuvo la capacidad para coordinar con las empresas privadas, y garantizar la producción y el suministro del insumo en los establecimientos de salud. La incapacidad del Minsa para prevenir la escasez de oxígeno en el Perú es un síntoma de su débil liderazgo (rectoría), así como de la pobre gobernanza del sector⁵. Hay que entender, además, que la COVID-19 no estalló con la misma fuerza en todas las regiones del país. Los grandes brotes comenzaron en algunas ciudades de la costa, luego se presentaron en la selva, para luego pasar a ciudades en los Andes, de tal forma que la falta de oxígeno reportada en algunas ciudades, como Iquitos, debió generar medidas para prevenir que la misma situación se repita en el resto del país.

A partir de 2004 y 2005, como parte del proceso de descentralización, el Minsa transfirió a los gobiernos regionales la administración de los establecimientos de salud públicos (la mayor red de establecimientos de salud del país), así como la capacidad de ejecutar los programas de salud, y promover y planificar la inversión pública (infraestructura)⁶. A pesar de estos cambios, formalmente el Minsa tiene capacidad para coordinar con los gobiernos regionales para, de detectarse problemas, mejorar, por ejemplo, el equipamiento de los hospitales públicos. Esto,

⁵ En este artículo se adoptan los conceptos de rectoría y gobernanza introducidos por la OMS en 2007. Entiendo por «rectoría» la capacidad de liderazgo de las autoridades de salud para dirigir el sector y, por «gobernanza», los pactos institucionales que regulan a los actores y a los recursos del sistema de salud.

⁶ A excepción de Lima Metropolitana, donde se creó el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) como órgano desconcentrado del Minsa. El IGSS fue desactivado en diciembre de 2016 y sus competencias, asumidas por diferentes órganos del Minsa.

sin embargo, no sucedió. La COVID-19 develó el abandono de nuestra infraestructura hospitalaria; por todo el país se reportaron plantas de oxígeno y equipos de hospitales públicos (como ventiladores mecánicos) malogrados. Lamentablemente, pese a informes de instituciones como la Defensoría del Pueblo y la Contraloría General de la República sobre el mal estado de los establecimientos de salud, no se tomaron medidas de prevención, una muestra más de la «importancia» que ha tenido para el gobierno central y los gobiernos regionales garantizar el acceso de los ciudadanos a los servicios públicos de salud.

Este no es un tema marginal, pues los servicios de salud reproducen dinámicas sociales, relaciones de poder⁷ y reflejan cómo el Estado se relaciona con el ciudadano que usa los servicios públicos (así como la concepción misma sobre estos). En el Perú, se tiene normalizado que las personas que acuden a los servicios de salud públicos compren medicamentos o insumos médicos, pese a que, en principio, su seguro público los cubre. Está también normalizado, a diferencia de las clínicas particulares, que existan horarios de visita u horarios restringidos de atención de consulta externa. Garantizar horarios de atención de consulta externa amplios (como los que existen en clínicas particulares) requiere una reforma de las condiciones laborales de los trabajadores de salud. Este tema, que fue uno de los temas priorizados por la reforma de salud de 2013-2014, fue uno de los que más resistencia generó.

La COVID-19 ha revelado, una vez más, la necesidad de una reforma estructural en nuestro sistema de salud. Una reforma que evite contratos de corta duración y sin beneficios sociales (por terceros), así como grandes diferencias salariales entre especialidades médicas; una reforma que garantice mejores y más amplios horarios de atención y redes de servicio en los establecimientos públicos. Si se quiere fortalecer el sistema de salud, es necesario tomar medidas estructurales dirigidas

⁷ Freedman, Lynn (2006). Achieving the MDGs: Health Systems as Core Social Institutions. *Development*, 48(1), 19-24.

a controlar la superposición de intereses privados —los de las aseguradoras, los productores de insumos y equipos médicos, las empresas de servicios de salud, los gremios y funcionarios públicos— sobre los intereses y el bienestar de los usuarios de estos servicios.