

Gobierno del campo de Personal de Salud en la Pandemia, y después ...

Pedro E Brito
FASPA – UPCH / EASP – Granada

Conferencia Internacional
Gestión Estratégica del campo del Personal de Salud en el marco de la Pandemia

2 de Junio, 2021

2021 - Año Internacional de los Trabajadores Sanitarios y Asistenciales

Libreto

- 1- Los “viejos” problemas de Personal de Salud en el sistema de salud peruano y su gestión estratégica**
- 2-Sobre el campo de desarrollo de personal de salud, las especificidades nacionales**
- 3-La Autoridad Sanitaria de Salud, el GOBIERNO del campo de personal de salud y sus funciones principales**
- 4-La gestión del personal de salud durante la Pandemia**
- 5-Supuestos políticos a considerar para una nueva / mejor gestión estratégica del personal de salud....después del 28 de Julio de 2012**

1- Los “viejos” problemas del Personal de Salud en el sistema de salud peruano y su gestión estratégica

- **Gestión estratégica o macro: Sectorial (producción de bienes y servicios) y Sistémica (pública y privada):**
 - **Políticas integrales (Formación, Desempeño, mercados laborales, profesionalización),**
 - **Planificación,**
 - **Regulación,**
 - **Financiamiento para PS**
- **Gestión meso del PS en los servicios y redes de servicios**

Disponibilidad: escasez de personal en general - algunas especialidades críticas - mayor necesidad en el primer nivel y algunas áreas del país

Distribución: concentración urbana, dificultad para retener personal en áreas rurales y remotas

Problemas con relaciones laborales:

Contratos: contratos flexibles, precarios

Salario: retraso salarial – principal causa de conflictividad

Diferencias salariales por género, y en categorías prof/ocup, según sub-sector

Múltiples regímenes laborales, multiempleo, empleo en sector informal

Fragmentación de las profesiones: proliferación de las corporaciones colegiales – sindicales - Autoregulación - Problema para regular el campo: difícil gobernabilidad

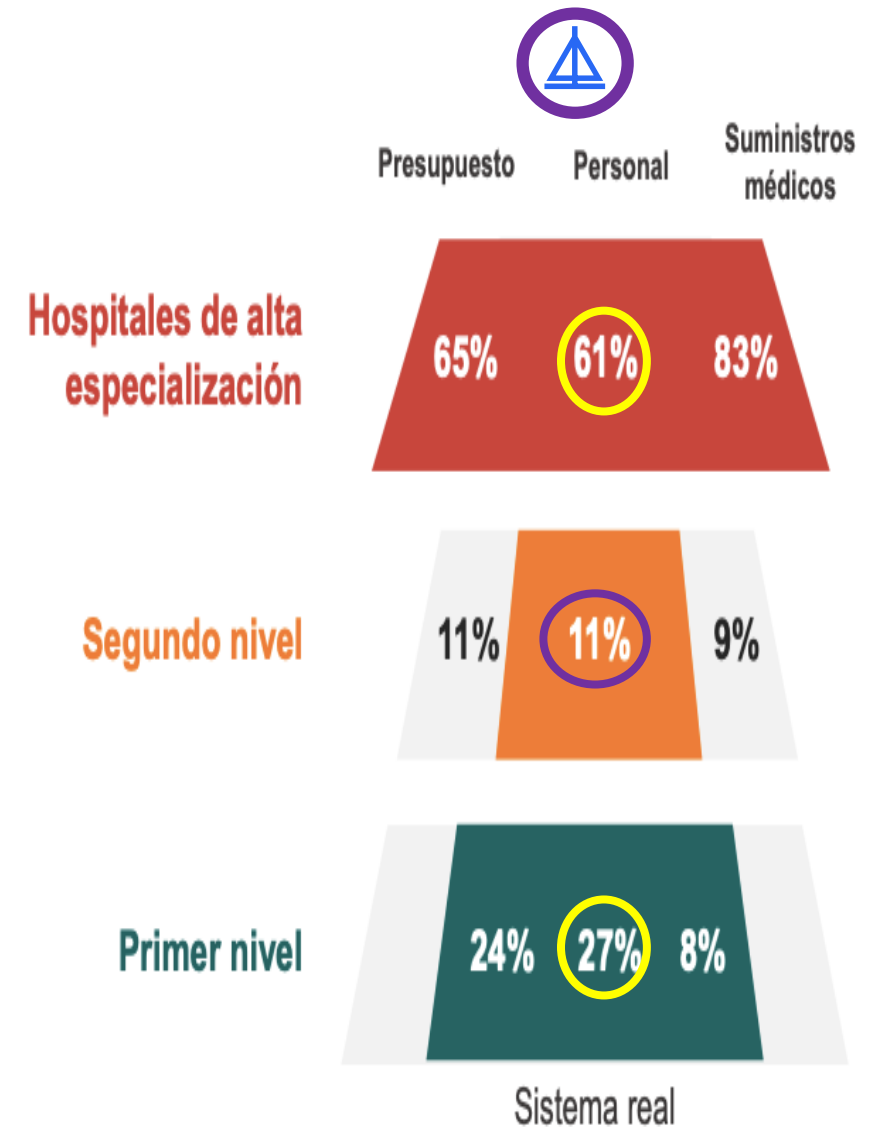
Debilidad de la capacidad del Estado para la Gestión Estratégica del PS: Falta de políticas integrales, planificación y regulación

Gobernanza conflictiva – Descentralización incompleta y de baja capacidad de gestión

Muy baja capacidad de Gestión del personal meso y micro

¿Por qué no se han podido resolver?

- La Salud nunca fue prioridad política de los gobiernos.....
Por primera vez: desde el 15 de marzo de 2020 – Pandemia de Covid-19
- La salud y su cuidado son mercancías y no derechos sociales fundamentales
- Sistema de salud fragmentado institucionalmente y segmentado por grupos sociales según nivel de ingreso y/o inserción en el mercado laboral (en un país con 75% de empleo informal)
- Desde 2009: con una gobernanza orientada a los mercados de aseguramiento - cuasi mercados y mercados internos (IAFAS e IPRESS) con casi nula regulación de mercados (ejemplos: atención médica y medicamentos)
- El personal de salud NUNCA fue, en la realidad, el factor esencial de la atención de la salud, pero siempre lo fue/ es en los discursos y en los documentos oficiales.
- Escasa inversión pública en Salud
- Debilidad de las instituciones responsables de la Gestión Estratégica del campo de personal



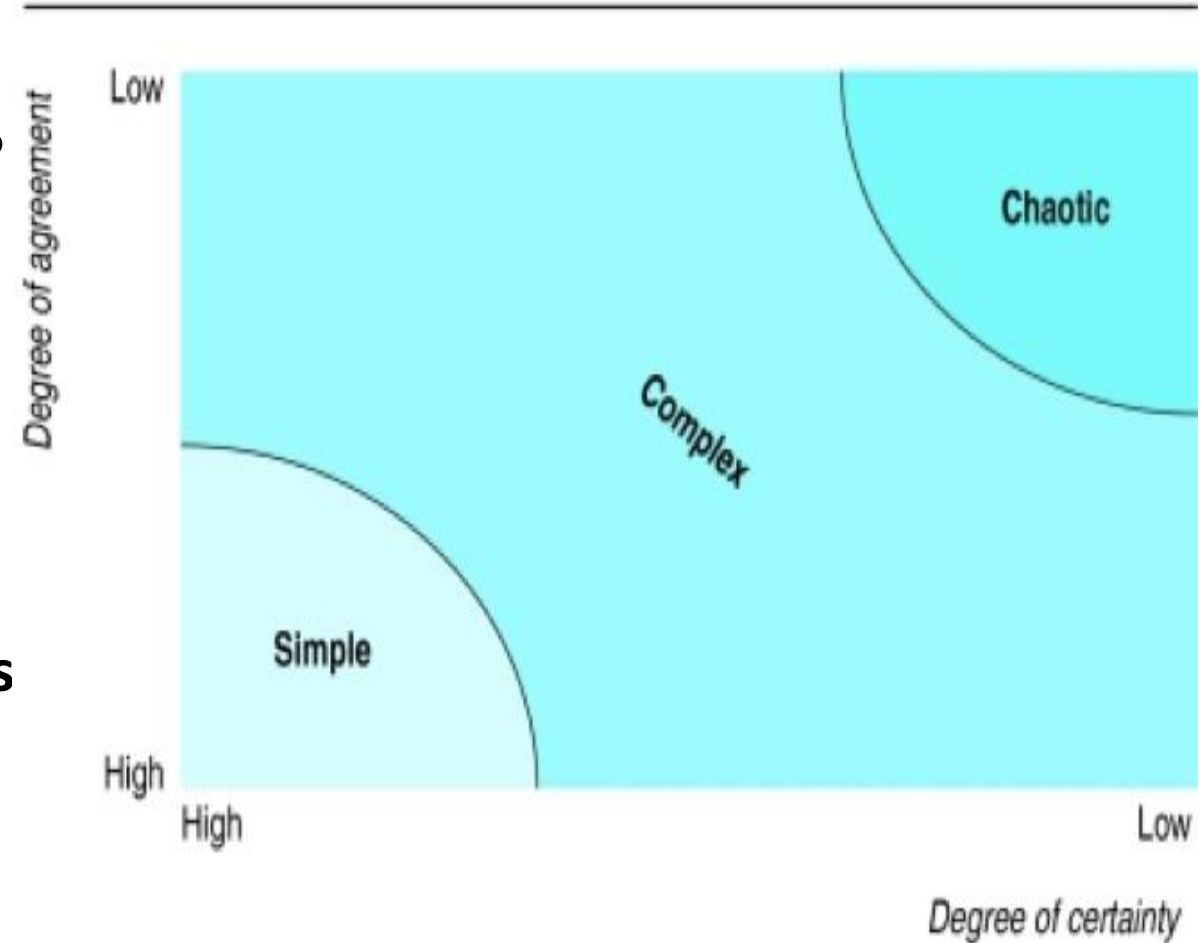
2-Sobre el campo de desarrollo de personal de salud, y las particularidades nacionales



- El más importante componente de los sistemas de salud – El más complejo y el menos valorado
- Sector Salud es uno de los mayores empleadores del país
 - Fuerza de trabajo del sistema: casi 300,000 trabajadores (60,000 precarios)
 - Servicios de salud: “mano de obra intensiva”
- Fuerza de trabajo mayormente femenina: desigualdades e inequidades
- Servicios de Salud:
 - Organizaciones “profesionales”, trabajadores del conocimiento
 - Conocimiento de rápida obsolescencia
 - Alto impacto de la tecnología
 - Alta complejidad de organizaciones y acciones
- Atención de la salud está determinada en gran medida por decisiones del personal profesional

El complejo campo de PS: las particularidades nacionales

- No tiene prioridad política
- Baja profesionalización de la gestión de PS
- Muy baja Regulación: formación y empleo
- Autorregulación – Corporativismo
(11 colegios profesionales)
- Multiempleo estructural
- Fragmentación de las negociaciones por corporativismo (profesiones y ocupaciones y debilidad de las representaciones sindicales)
- Incumplimiento de compromisos
- Alta conflictividad



COMPLEJIDAD EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD

3-La Autoridad Sanitaria de Salud, el GOBIERNO del campo de personal de salud y sus funciones principales



- **Autoridad Sanitaria Nacional: Ministerio de Salud que gobierna en tres niveles territoriales (nacional, regional, local)**
- **Función eminentemente POLÍTICA, es función de GOBIERNO (gestiona por delegación del poder del Estado)**
- **Gestión Estratégica .. es la función de Gobierno del Campo de PS, y le corresponde a la DIGEP - MINSA**

Triángulo de Gobierno, de Carlos Matus)

Las funciones “esenciales” del Gobierno del campo de personal de salud – (funciones de la Gestión Estratégica)

- **Conducción política**: Políticas de Desarrollo de PS para el cumplimiento de los objetivos de gobierno en Salud y para el óptimo funcionamiento del sistema sanitario
- **Planificación de PS**: Identificación + Previsión (futuro) de las necesidades (cuantitativas y cualitativas) de personal de salud para satisfacer la demanda de fuerza de trabajo del sistema de salud en un plazo determinado
- **Regulación**: definición de reglas de funcionamiento, marcos normativos, estándares, resultados, etc, que orientan y controlan la acción de agentes del sistema de salud, y la competencia mercantil entre ellos, en lo referente a la formación, desempeño, empleo, organización y resultados del PS y su acción profesional
- **Financiamiento**: aseguramiento de los recursos financieros para garantizar la disponibilidad, desempeño, condiciones de trabajo y la protección del empleo de los trabajadores de la salud (relaciones laborales individuales y colectivas – trabajo decente (OIT)).
- **Gestión del desempeño y aseguramiento de las competencias necesarias para un adecuado cuidado de la salud de la población bajo responsabilidad, según naturaleza, objetivos y resultados de la red de servicios y del establecimiento en el sistema sanitario.**

4-Gestión de PS durante la Pandemia 1

1-El sistema de salud peruano se orientó desde un inicio casi en exclusividad a tratar médicamente las consecuencias de la Pandemia.

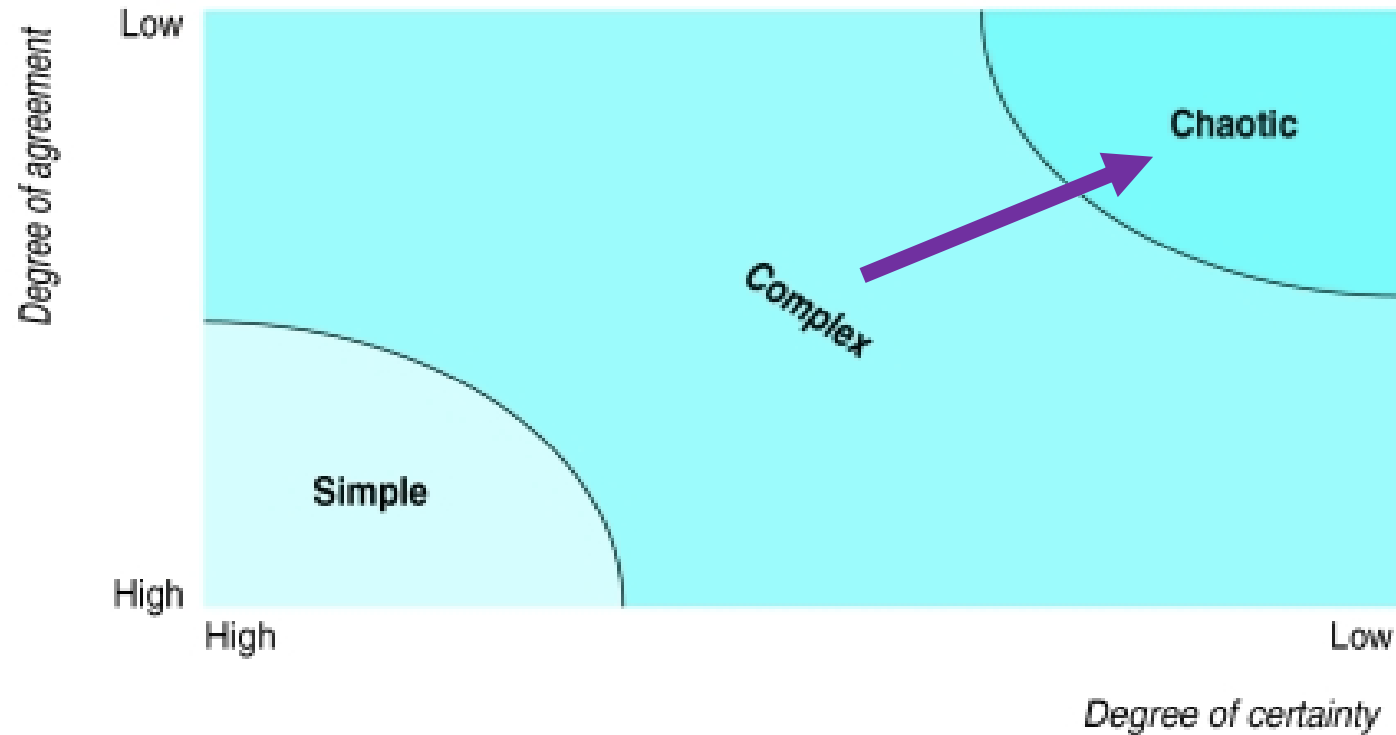
2- A pesar de las cuarentenas estrictas no ha realizado el trabajo esencial de Salud Pública en toda epidemia: vigilancia epidemiológica en la comunidad para identificación temprana de casos, seguimiento de contactos, medidas de control y aislamiento temprano



Por ello, el sistema de salud público debió convertirse de un día para el otro en un sistema dedicado, casi en exclusividad, a tratar con una pandemia viral de origen y comportamiento desconocido

Ausencia de acuerdo: fallas de liderazgo técnico y político, proliferación de expertos y oportunistas, ausencia de acuerdos (test Dg, medicación), politización de la pandemia / Ciencia vs Política

Gestión del Caos



Altísima Incertidumbre: desconocimiento del agente: caracterización de agente, virulencia, fisiopatología, comportamiento poblacional, tratamiento, efectos posteriores, alta morbilidad y mortalidad, angustia sanitaria. Además de proliferación de teorías conspirativas


Gestión de PS durante la Pandemia. 2

- Desarticulación MINSA con GoRe y EsSalud para atender emergencia. Incapacidad de frenar el afán de lucro de las clínicas privadas
- Limitaciones para incorporar nuevo personal: baja disponibilidad de PS para atender demanda especializada (intensivistas, emergencistas, neumólogos, etc.) y en el primer nivel (se informa de 50% del personal inactivo por edad y por riesgos de salud) - imposibilidad de vigilancia epidemiológica en la comunidad
- Exigencia de nuevas competencias: manejo de Covid (mediana y grave), manejo de TICs para la extensión de la Telesalud y Telemedicina
- Crisis de Salud y Seguridad en el trabajo: EPP; manejo de la salud mental, stress; decisiones en medio de la escasez; y apoyo social y emocional al personal.

El MINSA y el Gobierno, respondieron con normas de emergencia (<http://digep.minsa.gob.pe/digep/normas.html>) para aumentar las compensaciones, viabilizar mecanismos de contratación, ampliación de horarios de trabajo, flexibilizar requisitos de contratación, e incorporar aspectos previsionales. Las principales medidas:

- Contratación de 46,000 nuevos trabajadores en régimen CLAS-COVID (*más 54,000 CAS regulares / 30% de PS son CAS*), a marzo 2021
- Bonificación extraordinaria a favor del personal de salud
- Modificación del reglamento de la ley del SERUMS
- Seguro de vida Covid-19 para trabajadores asistenciales
- Servicios Complementarios en salud en el marco de la emergencia sanitaria por Covid- 19

5 - Supuestos políticos para una nueva / mejor gestión estratégica del personal de salud. Después del 28 de Julio de 2021

- **Recuperación de la capacidad operacional del sistema a nivel nacional – Cierre de brechas de infraestructura en todo el sistema – fortalecimiento de la capacidad de resolutivez de servicios de salud familiar y comunitaria (primer nivel)**
- **Desarrollo de estrategia sistémica de Atención Primaria de Salud: sistema nacional y regionales basados en APS. Nueva estructura de la provisión de servicios y bienes **
- **Redefinición y fortalecimiento de la Gobernanza – Regulación de mercados de bienes y servicios de salud**
- **Fortalecimiento de la capacidad estatal para Protección de la Salud Pública (Vigilancia SP, Diagnóstico de SP, Preparación para nuevas emergencias, Producción de vacunas e insumos críticos)**
- **Mayor inversión en la salud de la población**
- **Terminar con la fragmentación institucional del sistema**
- **Redefinir y cambiar la Descentralización del Sistema: funciones de gobierno y de provisión de bienes y servicios, basados en APS**