



PERÚ

Ministerio
de Salud

LINEAMIENTOS DE GESTIÓN

MINISTRO DE SALUD
ÓSCAR UGARTE UBILLUZ



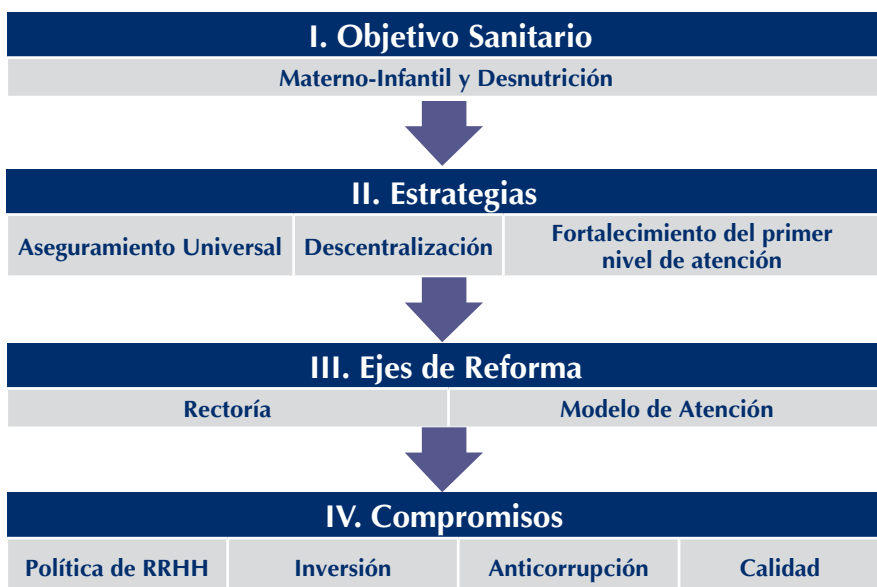
LINEAMIENTOS DE GESTIÓN PROPUESTOS POR EL MINISTRO DE SALUD ÓSCAR UGARTE UBILLUZ

INTRODUCCIÓN GENERAL

Vivimos como podemos percibir - más allá de esta crisis económica, comercial, financiera de la cual todos somos testigos y de la cual se vienen haciendo diversos análisis - una etapa de expansión y crecimiento que ya se ha presentado antes en nuestra historia. Reconocemos por lo menos dos experiencias anteriores con posibilidad de crecimiento y desarrollo económico y posibilidad de transformaciones profundas en el país. Todos conocemos, en el siglo XIX, la gran riqueza que se produjo con la explotación del guano y el salitre, tuvimos 30 años de crecimiento continuo de la economía, 30 años que pudieron poner al Perú como una potencia del siglo XX. Sin embargo, diversos factores y en gran medida la miopía y la ceguera de la clase dirigente lo impidieron. La potencialidad que tuvo esa etapa de nuestra historia, si se ponía el acento en la transformación del capital humano, hubiese sido el factor que nos transportara a otra situación en el siglo XX. Lamentablemente no sucedió así y hay ahora estudios económicos y científicos muy claros respecto a lo que significó como pérdida, no sólo de recursos económicos, sino como pérdida de oportunidades para la transformación de nuestro país que nos hubiese colocado en otra situación durante el siglo XX y el actual siglo. Pero hemos tenido también a principios del siglo XX otra gran oportunidad perdida vinculada a la primera guerra mundial, la posibilidad de que a partir de buenos precios de nuestros productos de exportación hubiésemos podido iniciar las transformaciones para fortalecer al Perú en el concierto internacional. Nuevamente por la miopía de la clase dirigente se terminó en el fracaso y una frustración profunda. No se aprovecharon las oportunidades, no se aprovechó el crecimiento, no se invirtió lo que tenía que invertirse, se prefirió hacer de esa riqueza el aprovechamiento personal o de grupo y por la tanto el país perdió la segunda gran oportunidad. Los historiadores y economistas reconocen que la actual sería la tercera gran oportunidad, desde la fundación de la República, para poder dar ese salto como país.

Pero ahora tenemos claramente ante nuestros ojos lo que se ha señalado como errores del pasado y que hoy no deben volver a cometerse. Nuevamente estamos ante la encrucijada de destinar ese crecimiento económico y esos nuevos recursos que la economía obtiene hacia el mejoramiento del aparato productivo y a un mejoramiento que beneficiará a unos pocos, o si decidimos con determinación tomar el camino de fortalecer lo que siempre será el principal capital de un país, el capital humano. Todo lo que podamos invertir en carreteras e infraestructura, es muy necesario; sin embargo no tendrá sentido si el capital humano no se ha desarrollado desde el punto de vista nutricional, educativo, tecnológico, de salud para estar a la altura de hacer producir esos capitales que ingresan, de generar nuevas riquezas y por lo tanto de potenciar al Perú a niveles mucho mayores de desarrollo e igualdad. Tenemos que ubicar, por lo tanto, los problemas de la salud pública en ese contexto, y llegamos a la conclusión de que no están separados de los temas de la educación, del desarrollo tecnológico y de otro conjunto de factores. Tampoco podemos alcanzar esos niveles de transformación sin pensar en nutrición, en salud, como condiciones básicas para ese desarrollo.

ARTICULACIÓN DE LOS LINEAMIENTOS DE LA GESTIÓN SECTORIAL



I. NUESTROS OBJETIVOS EN SALUD

Nuestro país no nació hoy, sino que tiene una historia y la salud pública tiene también una. Nuestro pueblo tiene, asimismo, una historia de demandas y de soluciones todavía insatisfechas. Es claro que las transformaciones sanitarias que debemos alcanzar están señaladas, por ejemplo, en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que a nivel internacional tienen consenso y que el país, como tal, los ha suscrito; como queda constancia en la política décimo tercera del Acuerdo Nacional, y que están respaldados por el acuerdo de los 16 partidos políticos de marzo del año 2006. Tenemos también los Lineamientos de Política en Salud 2002-2012 y el Plan Nacional Concertado aprobado en el año 2007.

1. Reducción de la desnutrición crónica infantil

Necesitamos transformaciones profundas en la lucha contra la desnutrición; los propios objetivos de Desarrollo del Milenio nos plantean esa orientación y nuestro país se ha trazado las metas a alcanzar, entre las que destaca la disminución en 9 puntos porcentuales de la tasa de desnutrición infantil al 2010 y seguir bajando los índices en los siguientes años.

2. Disminución de la mortalidad materna

Otra de estas metas, definidas también por los objetivos de Desarrollo del Milenio, es la reducción de la mortalidad materna a una tercera parte; tenemos también metas con relación a la reducción de la mortalidad infantil a una tercera parte de las tasas a inicio de los 90.

3. Disminución de la mortalidad infantil

En el caso de la mortalidad infantil, podemos decir que ya este año y el siguiente estaremos en una tasa de mortalidad infantil de 18 por 1000 nacidos vivos, antes de que cumplan un año, que es la meta del 2015 si tomamos como punto de partida la tasa de 57 por 1000 nacidos vivos a principios de los 90. Actualmente estamos a un tercio, pero eso no tiene

por qué dejarnos satisfechos. Sabemos que esas tasas, esos promedios, esas estadísticas, esconden brechas que no muestran la tasa de mortalidad infantil real que es muy superior a ese promedio y por lo tanto tenemos obligación de ajustar nuestras propias metas, de orientarlas con claridad a los bolsones de pobreza donde estas tasas de mortalidad infantil y mortalidad materna son más altas y tener la suficiente claridad para señalar que no sólo necesitamos estrategias y acciones generales con relación a estos objetivos sino que tenemos que llevar a cabo acciones específicas a las zonas donde estas tasas son más altas y son más demostrativas de esta pérdida de capital humano que significa la mortalidad materna y la mortalidad infantil.

4. Control de las enfermedades transmisibles

Dentro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio tenemos también compromisos y retos nacionales con relación a las enfermedades transmisibles, como son los temas de malaria, dengue, bartonelosis, tan peruanas como cualquiera de nosotros, el VIH Sida, que nos golpea tanto y también otro conjunto de enfermedades transmisibles que son parte de las acciones que se vienen desarrollando desde el nivel nacional y que está a cargo de las direcciones regionales, donde todavía estamos muy lejos de estar satisfechos con los resultados obtenidos.

5. Control de las enfermedades crónicas y degenerativas

Tenemos además compromisos con relación a las enfermedades crónico degenerativas que están ubicadas como estrategias con diversos planes para encararlas, como son: el cáncer, la hipertensión, la diabetes, y otras enfermedades. Enfrentamos, por lo tanto, un panorama de objetivos sanitarios, al cual no somos ajenos y sobre el cual tenemos definiciones muy claras y concretas que habrá que ir midiendo, porque si no constatamos los avances y no identificamos los problemas no vamos a poder avanzar y lograr esos objetivos.

II. LAS ESTRATEGIAS PRINCIPALES PARA LOGRAR NUESTROS OBJETIVOS

A. EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

La primera de las estrategias que mi gestión se compromete a impulsar es la estrategia del **Aseguramiento Universal**, que felizmente viene siendo planteada, pero que debemos transformar en acción concreta. Tenemos, afortunadamente sobre eso, avances muy importantes; tenemos el compromiso de las fuerzas políticas para avanzar en ese sentido; tenemos el proyecto de ley presentado en el Congreso, ya aprobado, en la Comisión de Salud. Por lo tanto tenemos ad- portas, con el respaldo de la gran mayoría de los partidos políticos representados tanto dentro del congreso nacional como fuera de él, la posibilidad de la aprobación del marco legal del aseguramiento universal. Si bien esta idea fue planteada tiempo atrás, desde el punto de vista del marco legal, no tenemos una definición clara en el país y por lo tanto es indispensable tener una ley de aseguramiento universal que defina el derecho de todo ciudadano al acceso a los servicios de salud a través de cualquier modalidad de aseguramiento que pueda existir y que hay que impulsar.

Esta priorización del derecho de los ciudadanos a gozar de un seguro que les garantice el acceso a los servicios de salud es un cambio fundamental en el país; lograrlo pondrá al Perú en el campo de la modernidad en salud pública. Hoy todavía somos premodernos. La mayoría de países tienen un marco legal que reconoce ese derecho, el Perú no lo tiene y la aprobación de la ley de aseguramiento universal marcará ese cambio fundamental en la salud pública peruana. Podemos discutir sobre el conjunto de esos derechos y la demanda de recursos que sabemos son difíciles de obtener, sin embargo lo más urgente es el diseño de una estrategia de implementación progresiva del aseguramiento universal.

El punto de partida no es mañana ni dentro de cinco años, el punto de partida es hoy, y a la vez que señalamos el derecho de la ciudadanía de acceder al

Aseguramiento Universal o a través del aseguramiento universal a todos los servicios de calidad, necesitamos definir una estrategia con compromisos muy claros hoy y detallar los pasos a través de los cuales avanzaremos para lograr con firmeza esos objetivos para la salud pública peruana. Esto no está construido, ése es el reto que tenemos que asumir en conjunto porque cargamos a costas con las responsabilidades nacionales, regionales y locales. Y tenemos que responder al conjunto de demandas que este reto nos plantea, aparte del marco normativo y esta disposición a la cual debemos aportar. Resulta fundamental que la Comisión de Salud del Congreso esté impulsando este proceso.

Tenemos una experiencia acumulada en los últimos años que es sumamente importante, que nos deja lecciones aprendidas donde identificamos problemas; pero también identificamos fortalezas y nos toca hoy perfilar las fortalezas y neutralizar las debilidades o los problemas que podamos tener en esta estrategia del aseguramiento en salud. Necesitamos, con los instrumentos de hoy y con los recursos de hoy, definir claramente las reglas de juego entre el nivel central, el nivel regional y local.

Eso es parte de lo que hoy está en debate. Necesitamos en el caso, por ejemplo, del Seguro Integral de Salud (SIS), tener claridad respecto a las prioridades que atender y el esquema de implementación del aseguramiento universal que la propia ley plantea, como por ejemplo empezar con zonas piloto que permitan integrar una experiencia de construcción del sistema de aseguramiento universal. Así también parte de los retos que hemos tenido en los últimos tiempos han sido los pilotos de descentralización, es decir esta posibilidad de incorporar a gobiernos locales y a la comunidad en este reto de hacer transformaciones cada vez más profundas de la salud pública y tener logros sanitarios como los que hemos señalado al inicio.

B. LA DESCENTRALIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD

La segunda gran estrategia es una que ya está en curso, es el **Proceso de Descentralización Política del País**. Este no es un proceso que se inicia recién

el año 2003, es un largo proceso de transformación política en el país que tiene años, por lo menos las aspiraciones descentralistas tienen décadas y surgieron con la República.

Nuestra República, en 1821, optó por un modelo centralista de país. Así lo definieron los padres de la patria por aquel entonces, establecido el debate y habiendo otras alternativas, eligieron un gobierno nacional centralizado y unitario en lugar de uno federado. Desde ese momento se ha mantenido en todas las constituciones la concepción de un país unitario y con un solo gobierno que es el gobierno nacional, es una concepción de país centralizado, válida para su época. No obstante en esa misma época aunque con distintas realidades, Estados Unidos se constituyó como un Estado Federal; México, con su revolución de principios del siglo 20, se transformó en un país también con estados federativos, Brasil y Argentina con sus diferencias tienen estados y provincias con una autonomía bastante mayor que la que hoy pueden tener en el marco legal peruano los gobiernos regionales. Cada país ha ido definiendo su historia y su proceso. Recién en la constitución del 79 se define al Perú como un país unitario pero con tres niveles de gobierno; esa idea no existía en la constitución anterior y trastoca el pensamiento predominante en toda nuestra vida republicana, porque había que empezar a pensar en el país con un gobierno nacional, con gobiernos regionales, con gobiernos locales, cada uno con sus roles pero viviendo en armonía y potenciando las capacidades de los peruanos a través de esta forma de organización democrática. Ese reto que plantea la constitución del 79 tomó 10 años para que se haga la primera experiencia de creación de gobiernos regionales que como sabemos se hace entre el año 89 y 92.

A nivel local, siempre tuvimos municipalidades desde la colonia y durante toda la República, pero nunca fueron órganos de gobierno, fueron instancias administrativas desconcentradas, dependientes del gobierno nacional. Recién la constitución del 79 les da ese carácter; la Ley de Municipalidades del año 1984 reafirma ese carácter que la constitución le da a los gobiernos locales y recién la creación de gobiernos regionales el año 89, abre esta instancia de gobierno intermedio. Como sabemos

este proceso sólo duro tres años hasta el autogolpe del ingeniero Fujimori que así como disolvió el Congreso, disolvió los gobiernos regionales y volvimos con la constitución del 1993 a la concepción de gobierno centralista.

Con los cambios del año 2000-2001 y la elección del gobierno democráticamente elegido el año 2001, se abrió la posibilidad de retomar el camino de la descentralización. Fue necesario modificar la constitución del 93 que había, como ya dijimos, anulado la transformación democrática descentralista de la constitución del año 79. En marzo del año 2002, el Congreso da una ley que recoge los planteamientos descentralistas de la constitución del año 79 y la incorpora a esta constitución del 93, hoy vigente. Por lo tanto ahora tenemos el marco legal para ese proceso democrático de transformación de un país unitario, pero con tres niveles de gobierno.

Una de las funciones esenciales del Gobierno es formular políticas, es decir, en el caso del sector Salud, dar las orientaciones claras para enfrentar los retos sanitarios y lograr las transformaciones. Necesitamos normas nacionales y normas regionales que se adecuen en el marco de las políticas nacionales. En eso la ley es muy clara, en el marco de las políticas nacionales se desarrollan las políticas regionales y toda la creatividad para que estas se ejecuten ampliamente. Pero ¿cómo formulamos políticas?, surge la pregunta, entonces debemos aprender, algo conocemos, éste es un trabajo conjunto a partir del análisis de las políticas sanitarias tanto en el plano nacional y en el plano regional y debemos definir las prioridades sanitarias. Obviamente necesitamos definir las políticas que orientan las acciones hacia los logros y resultados para que los problemas sanitarios sean resueltos. Es esa variedad y riqueza, lo que caracteriza a nuestro país, porque nuestro país es así, heterogéneo, (pluricultural), geográficamente rico, y las políticas tienen que adaptarse a las particularidades culturales, geográficas, epidemiológicas, que hay dentro de este gran espacio nacional que es el Perú.

La ley es letra y la realidad camina por su propio curso como sabemos. Pero ese curso lo podemos conducir las personas, los dirigentes, quienes tengamos

las responsabilidades en el nivel nacional, en el nivel regional o en el nivel local; por eso es un reto construir este nuevo Perú descentralizado. Tenemos el marco legal, tenemos una definición de cómo debería avanzar pero aún existen complejidades muy grandes; la primera barrera somos nosotros mismos porque estamos habituados al centralismo, no sólo quienes tienen una función en el nivel nacional, también los que tienen una función en el nivel regional y en el nivel local estamos habituados al centralismo y tenemos que cambiar esa forma de pensar, tenemos que repensar nuestro rol, no sólo de estos niveles de gobierno, sino también de los propios actores para asumir este reto de transformación profunda y democrática del Perú.

En estos años se ha avanzado bastante particularmente en el sector Salud y todos reconocemos los esfuerzos que se han hecho desde las instancias nacionales y las instancias regionales para definir un camino consensuado en el proceso de descentralización. Todos los entendidos en el proceso de descentralización reconocen que Salud ha abierto trocha, no hay otro sector en el cual las autoridades nacionales y regionales se hayan sentado a discutir “oye, tus funciones son tales, las mías son tales, a ver pongámonos de acuerdo ya y el límite de la frontera está aquí en el marco de la ley pero claramente establecido, por lo tanto estas funciones son las que tengo que transferirte”. El cómo de ese proceso también ha sido discutido y consensuado, eso es importante, en ese sentido Salud marca un ejemplo que no ha sido similar en otros sectores y creo que ha permitido resolver de mejor manera los problemas que implican un proceso de transferencia de funciones y de delimitación.

Sabemos que eso tiene precisiones todavía pendientes pero sin duda el camino está marcado. Tenemos tres grandes pendientes, el primero de los pendientes es que las funciones que están siendo transferidas - o ya han sido transferidas - requieren **capacidades** para ser ejercidas, que no necesariamente están desarrolladas en los niveles que reciben las funciones y esto no es responsabilidad de las autoridades regionales; el proceso es inevitablemente así, se están transfiriendo funciones que nunca han sido ejercidas en el nivel regional - y dicho sea de paso nunca por el Gobierno nacional plenamente.

Es el caso de la formulación de políticas, para lo cual hay poca experiencia; así como otra gran función de gobierno; **el planeamiento**. Lo que hemos aprendido acerca del planeamiento es casi un ritual de normas que, al menos en Salud Pública, ha sido más de lo mismo. Ahora tenemos el reto de repensar el planeamiento, porque el proceso de descentralización implica varios niveles de gobierno y fundamentalmente implica una nueva forma de relación del Estado con la sociedad.

La descentralización es un medio, no es un fin. Los fines son los objetivos sanitarios así como fortalecer las instancias de gobierno en esta apuesta por un Perú descentralizado; y lograr una nueva relación entre el Estado y la sociedad, una relación más horizontal, participativa, transparente con rendición de cuentas y eso implica que nuestro planeamiento incorpore todas estas variables. Todo lo que hayamos aprendido de planeamiento hay que incorporarlo en esta nueva lógica, hay numerosas experiencias que se vienen desarrollando en las regiones de planeamiento participativo; apoyemos esas experiencias, aprendamos todos de ellas porque ésta es una función no sólo técnica, ni sólo gerencial, sino una función de gobierno y es ésta la diferencia entre el planeamiento del que hablamos en Salud y el planeamiento que pueda hacer una institución dedicada a la salud también como puede ser la Seguridad Social o como pueden ser las sanidades, pero que no son entidades de gobierno.

Unsegundopendiente es la adecuación organizacional para la descentralización. Hay experiencias internacionales así como experiencias nacionales, y procesos interesantísimos que se están desarrollando en las regiones a los cuales debemos echar mano tanto para las modificaciones organizacionales en el nivel nacional como para las propias modificaciones a nivel regional. Por lo tanto, este gran pendiente de cómo adaptarnos organizacionalmente para el ejercicio de las funciones en el proceso de descentralización, tiene vías de solución y esas vías de solución pasan por el intercambio de experiencias, en el trabajo conjunto, en la necesidad de que el nivel nacional se comprometa con la asistencia técnica necesaria para esos procesos y que las instancias regionales inicien los procesos y los cambios como parte de una reflexión

colectiva donde aprendamos de las experiencias, Arequipa tiene una, la Libertad tiene otra, pero también tenemos experiencias en San Martín, en Cajamarca, en Amazonas, Lambayeque y Ucayali. Aprendamos unos de otros y reforcemos lo que son estas lecciones aprendidas valiosísimas para el proceso de descentralización.

El tercer gran pendiente de la descentralización es, sin duda, **el tema del financiamiento**. Todos somos conscientes de que sin dotar de los recursos necesarios este proceso no avanzará en los niveles que queremos que avance. Uno de los conceptos que estuvo acuñado al inicio del proceso de descentralización, es que este proceso se basa en el principio de *la neutralidad fiscal*. La neutralidad fiscal, en descentralización, implica que no tiene por qué crecer el financiamiento abocándose únicamente al traspaso de recursos de un nivel al otro pero manteniendo un crecimiento cero del financiamiento. Pero eso es falso, eso es absolutamente insostenible, porque el ejercicio de las funciones que se transfieren requiere inevitablemente mayor cantidad de recursos porque la descentralización significa un ejercicio ampliado de las funciones del Estado para mejorar la eficiencia y calidad de los ejercicios a favor de la población.

Por lo tanto, el sólo hecho de la constatación racional de la transferencia de funciones y su ejercicio progresivo nos habla de que necesitamos financiamiento creciente, financiamiento progresivo. Pero el punto de partida es que los recursos que en el nivel nacional existían para funciones anteriormente nacionales que hoy pasan al nivel regional, tienen que ser transferidos todos.

Sabemos que el Ministerio de Salud, a diferencia de otros ministerios, ha hecho esfuerzos importantes en identificar y transferir esos recursos. Por lo menos, en lo que va del año 2008, se han transferido 296 millones de soles a los gobiernos regionales pero, de ese monto 140 millones pertenecen a la región Lima, es decir, al Gobierno Regional Lima. Por lo tanto, la diferencia, 156 millones de soles, es lo realmente transferido a los gobiernos regionales para el ejercicio de las funciones transferidas.

C. FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

La tercera estrategia fundamental, para lograr nuestros objetivos sanitarios es el **fortalecimiento del primer nivel de atención**. No vamos a lograr la reducción de la desnutrición, ni de la mortalidad materna, ni la de la mortalidad infantil, ni la disminución de las tasas y los índices de enfermedades infecto contagiosas, como es el compromiso del país con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, sino fortalecemos nuestra capacidad de acción particularmente en el primer nivel de atención.

Todos sabemos que lo principal en Salud Pública es la Promoción de Salud y la prevención de las enfermedades, lo cual implica trabajar con la familia, la comunidad y el nivel local. Para ello es prioritario el primer nivel de atención. Como sabemos el 80% de la demanda se puede resolver en el primer nivel de atención. Sin embargo, el grueso de los recursos están asignados a los niveles de mayor complejidad. Para lograr nuestros objetivos sanitarios tenemos que invertir las prioridades.

Eso requiere cambios importantes no sólo en el primer nivel de atención mediante su fortalecimiento, sino reforma del sector, y necesitamos introducir ejes de reforma sectorial que permitan viabilizar estas estrategias, no sólo como en el subsector público sino en el conjunto del sector Salud del país.

III. NECESITAMOS REFORMAR EL SISTEMA DE SALUD

A. FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA SECTORIAL EN SALUD

El primer eje de reforma que mi gestión se compromete a impulsar, aunque se trata de una responsabilidad conjunta nacional y regional, es **fortalecer la rectoría sectorial en salud**. Este aspecto de la salud pública requiere sólo decisión política, a eso se añaden requisitos técnicos, procedimientos, pero lo principal es decisión política. Tenemos la decisión política de fortalecer la rectoría, tenemos la decisión política de rescatar al Consejo Nacional de Salud como instancia de discusión y de planteamiento de soluciones sectoriales y de darle a ese espacio, con la participación ciudadana y con la participación de todas las instituciones que funcionan en el sector, la capacidad para tomar decisiones. Ya he señalado en ocasiones anteriores que lo que el Consejo Nacional de Salud decida el Ministerio lo ejecuta. No necesitamos ley para eso, sólo necesitamos decisión política. Por lo tanto podemos garantizar, no sólo en el nivel nacional sino también en el nivel regional, que los espacios de participación institucional y ciudadana tengan esa potencia. Decisión política es conducción, señalamiento del norte, aprobación de las políticas, establecimiento de las reglas de juego, de la normatividad necesaria y de la fiscalización de su cumplimiento. En ese contexto, los espacios amplios y democráticos funcionan.

Si no hay decisión de formular políticas, de conducir acciones, de definir reglas de juego, de fiscalizar su cumplimiento, no pasa nada y esos espacios son inútiles y todos se aburren. Los representantes de los subsectores dejan de ir al Consejo Nacional de Salud, mandan al segundo, al tercero, al cuarto, al quinto. Igual, en los Consejos Regionales de Salud mandan al segundo, al tercero, al cuarto, al quinto, porque no son espacios que deciden nada, porque no discuten los temas más importantes. Eso no es responsabilidad de la norma, ni es responsabilidad de los segundos, terceros, cuartos o quintos, es responsabilidad de quienes tenemos la

autoridad. Si nosotros decidimos hacerlo, esos espacios se convertirán en espacios de conducción real. Por lo tanto debemos comprometernos a que sea así, porque la rectoría tiene niveles de aplicación, y así como hay una rectoría nacional, hay una rectoría regional que es irremplazable.

Fortalecer la rectoría de por sí ya implica un cambio en el modelo de gestión de la salud pública en el Perú y apostamos a eso, un cambio en el modelo de gestión, para poder pasar de un sistema fragmentado y segmentado como el que hoy existe a un sistema que funciona con objetivos comunes que tiene políticas que comprometen a todos, que tiene normas de calidad de atención, de establecimientos, de financiamiento y otras que comprometen a todos. Cómo lograr que estas normas sean aceptadas por el conjunto, requiere decisión política, pero requiere además procesos de discusión conjunta, de persuasión, de intercambio y lograr acuerdos concretos, por consenso, por lo tanto una participación activa de los interesados. Entonces formular políticas, formular normas, es decir las reglas de juego, y establecer los mecanismos de vigilancia y su cumplimiento habiendo pasado por procesos de consenso y de persuasión, es la ruta a través de la cual podemos producir este gran cambio en el modelo de gestión nacional.

B. CAMBIO EN EL MODELO DE ATENCIÓN

Un segundo eje de la reforma del sector Salud en el país es pasar del enfoque tradicional asistencialista y medicalizado, a un enfoque preventivo y promocional. Nuestro sistema de salud tiene que basarse en la promoción de hábitos de vida saludable que potencian las capacidades físicas e intelectuales de las personas y mejoran la calidad de vida. Tiene que basarse en la promoción de la equidad, sin discriminación de género, raza, edad o características culturales. Tiene que basarse en la prevención de riesgos y daños a la salud. Esto es fundamental para garantizar un uso más racional de los recursos y mejorar también los niveles de atención primarios y los más complejos. Saludamos los esfuerzos que en esa orientación viene haciendo EsSalud y nos comprometemos a un trabajo conjunto para cambiar el modelo de atención tradicional, asistencialista y medicalizado.

IV. CUATRO COMPROMISOS PARA EL GRAN CAMBIO EN SALUD PÚBLICA

Tenemos objetivos sanitarios claros, definidos con anterioridad por el país, con metas y objetivos en el corto, mediano y largo plazo, tenemos estrategias que queremos priorizar, **el aseguramiento universal, la descentralización** ya en curso y el **fortalecimiento del primer nivel de atención**, pero requerimos para ello compromisos.

A. UN COMPROMISO CONJUNTO PARA DEFINIR UNA CLARA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.

No es posible pensar en transformaciones sanitarias profundas sino producimos un cambio en las políticas de desarrollo de los recursos humanos. No es posible - sólo para señalar dos ejemplos- que sigamos desde principio de los 90, con estas normas que dicen prohibido incrementos o aumentos salariales y la norma que dice - también por austeridad - prohibido creación de plazas.

A principio de los 90 se ganaba 450,500 soles y teníamos 2600 ó 2700 establecimientos de primer nivel. La demanda no sólo ha crecido por el crecimiento demográfico, sino que eso estaba contraído por los efectos de la crisis de la hiperinflación de los 80 y el problema del terrorismo. Con mucho esfuerzo se ha hecho crecer los establecimientos, hoy son más de 6000, casi 7000 establecimientos de primer nivel. ¿Y cómo crece la frontera de servicios, en la expansión, en la incorporación de población al acceso a los servicios, todo muy necesario y muy loable, sino se crean plazas, sino se incrementan recursos para el personal, sino se definen reglas de incorporación de personal, normas de incentivos, de estímulos al perfeccionamiento profesional, a la mejor calidad de la eficiencia de los recursos humanos?

No podemos pensar con los criterios antiguos si queremos pensar en transformaciones modernas, esto ha llevado a las distorsiones que todos conocemos, y en las cuales muchos incurrimos, porque hasta el momento no hay otra forma de pago, como

por ejemplo vía CAFAE, AETAS, etc. modalidades que no son otra cosa que sacarle la vuelta a las normas de austeridad y es el reconocimiento explícito que con esas normas es inviable seguir trabajando. Se recurre a otras modalidades para que por lo menos se pueda paliar las demandas justas de los diferentes grupos profesionales.

Así también la contratación por servicios no personales, es una forma ilegal y absurda de resolver una necesidad objetiva que es la creación de plazas y ampliación de los recursos humanos. Eso hagámoslo mejor en forma transparente y clara y no recurramos a estas formas absurdas e ilegales que el Estado no le permite a ningún privado. Un privado que quiera contratar por servicios no personales es sancionado; el Estado, sin embargo, lo viene haciendo y nuestro estimado es que el 40% de los trabajadores está laborando bajo esta modalidad en el sector Salud, con algunas variantes entre regiones y regiones.

B. UN PLAN MULTIANUAL DE INVERSIONES EN SALUD

Otro compromiso es reformular en el corto plazo un plan multianual de inversiones en infraestructura y equipamiento para el mediano y largo plazo. Necesitamos tener una evaluación más exacta de la capacidad instalada en todo el sector salud, así como un análisis de la demanda actual y potencial de los próximos años, para poder definir nuestras necesidades de inversión en infraestructura y equipamiento de todo el sector salud, a nivel nacional y en cada región. Este plan debe servirnos para orientar todas las iniciativas de inversión en salud del gobierno nacional, de los gobiernos regionales y gobiernos locales. Pero también servirá para concretar las inversiones de EsSalud, las sanidades y del sector privado.

También el tema de medicamentos, que es un tema central, tiene que estar inscrito en esa perspectiva y todos los avances de las compras centralizadas y los temas que vienen conexos a ello, tienen que estar identificados en esa perspectiva. Por lo tanto esto es un segundo compromiso al cual quisiera convocar a todas las autoridades regionales, porque éste es un trabajo sin duda técnico pero que parte de una orientación de política sanitaria en función de las necesidades y tenemos que hacerlo de manera conjunta.

C. LUCHA FRONTAL CONTRA LA CORRUPCIÓN EN SALUD

Mi gestión está comprometida en la **lucha frontal contra la corrupción**. Me satisface mucho que haya regiones que han iniciado procesos de este tipo. Tenemos el caso de Lambayeque, La Libertad, San Martín, Ucayali y de algunas otras regiones que han iniciado un plan de lucha contra la corrupción en Salud, y ya tienen formulados planes anticorrupción, que no se han hecho entre cuatro paredes, sino que han sido los Consejos Regionales de Salud y por iniciativa de la Direcciones Regionales correspondientes, que han iniciado este proceso, que han abierto espacios de discusión con la ciudadanía para identificar cuáles son las necesidades en la lucha contra la corrupción, cuáles son las prioridades, qué temas hay. Ahí aparece el tema de que son asegurados del SIS pero les cobran, que son beneficiarios de medicamentos pero no hay medicamentos y les dicen que en la farmacia del frente sí tienen porque estarán amarrados con determinados funcionarios o personas.

Tenemos que enfrentar la corrupción y la meta es que algún día podamos decir, corrupción cero en el sector Salud. Pero no lo vamos a poder lograr sino tenemos una activa participación ciudadana, y por lo tanto debemos pensar en los mecanismos a través de los cuales podamos garantizar que esta voluntad e interés se puedan ejercer a nivel nacional, regional o local y que sea fortalecida con la presencia de los usuarios, de los ciudadanos y con espacios en los cuales puedan ser expresadas las opiniones de los usuarios, pues ellos son los beneficiarios de este proceso de acciones y transformaciones en salud Pública.

D. COMPROMISO POR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Hacemos nuestra la iniciativa del Colegio Médico de un pacto por la calidad de la atención en todos los servicios de salud del país. Entendemos esta lucha por la calidad como expresión del reconocimiento del derecho ciudadano a ser atendido con estándares óptimos de trato, información y capacidad profesional y técnica, independientemente de su capacidad económica, condición social, género, raza o ubicación geográfica. Para ese fin convocamos la más amplia

participación ciudadana y garantizaremos los espacios necesarios para que sea ejercida. Este es nuestro cuarto compromiso por un cambio cualitativo en la salud pública del país.

Que tengamos un plan de desarrollo de recursos humanos es voluntad política, su implementación requerirá recursos pero el norte tenemos que definirlo con esa voluntad política. Que tengamos un plan rector de inversión e infraestructura y equipamiento en salud es voluntad política, su ejecución requerirá recursos, pero la formulación del plan y la articulación de un pensamiento común respecto a eso es voluntad política.

Que planteemos una lucha implacable contra la corrupción en salud es voluntad política, requiere también normas, requieren también varios mecanismos, procedimientos, etc, pero principalmente es voluntad política. Y que impulsemos efectivamente una lucha constante para garantizar calidad en la atención y por lo tanto trato digno a toda persona que viene al sistema, solo requiere decisión política.

Estos son los compromisos que creo que podemos plasmar en disposiciones y decisiones del nivel nacional, regional o local.

Esta es la orientación que queremos transmitir. Desde ya mi compromiso personal, y estoy también seguro que es el compromiso de todos los compañeros y compañeras que me acompañan en la gestión del Minsa, hacer realidad lo que estamos planteando. Probablemente el tiempo no nos alcance, sabemos que los cargos de ministro y otros son también decisión política pero no nuestra y son efímeros pero más allá de las personas y de quienes estemos en los cargos que siempre son transitorios, la satisfacción más grande nuestra será que dejemos procesos en camino, que dejemos compromisos establecidos, que dejemos espacios participantes y que dejemos por lo tanto una dinámica que no sea fácil de modificar y que introduzcamos en salud pública una mística y una voluntad de cambio que muchas veces nos ha faltado y creo que ahora está al alcance de nuestras manos.



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMERICA

PERU

PROMOVIENDO
ALIANZAS Y
ESTRATEGIAS