

Nuevo modelo de gestión en el sector salud

Nuevo modelo de gestión en el sector salud

Documento de investigación

Nuevo modelo de gestión en el sector salud



VIDENZA
CONSULTORES

Lima, setiembre de 2020

Tabla de contenido

Siglas y acrónimos	7
Glosario	9
I. Resumen	11
II. Diagnóstico del modelo de gestión	
2.1. Organización central del sistema nacional de salud	15
2.1.1. Línea de autoridad del Minsa	15
2.1.2. Relación intersectorial	16
2.1.3. Gestión de la rectoría	17
2.2. Organización descentralizada del sistema nacional de salud	18
2.3. La persistencia de una gestión funcional desfavorable	19
2.4. Modelo de atención que oriente la toma de decisiones	21
III. Restricciones y recomendaciones para la gestión sanitaria	23
3.1. Institucionalidad para la adecuada conducción sectorial	24
3.2. Regulación centrada en el ciudadano	26
3.3. Recursos humanos al servicio público	27
3.4. Gestión de la información para la toma de decisiones	28
IV. Escenario COVID-19	19
Bibliografía	31

Índice de cuadros

Cuadro N.º 1: Configuración de los sistemas de salud	18
Cuadro N.º 2: Funciones compartidas entre el Minsa y el nivel subnacional	22
Cuadro N.º 3: Regulación, recursos humanos y gestión de la información en la pandemia	34

Índice de ilustraciones

Ilustración N.º 1: Estructura del sector salud	19
Ilustración N.º 2: Gestión sanidad PNP y sanidades FF.AA.	20
Ilustración N.º 3: Cadena de valor en el sector salud del Perú	23
Ilustración N.º 4: Modelo iterativo de la gestión funciona	24
Ilustración N.º 5: Interacción entre el modelo de atención (MCI) y el modelo de gestión	25

Siglas y acrónimos

CAS	Contratos administrativos de servicios
Ceplan	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
CUS	Cobertura universal en salud
DGPP	Dirección General de Presupuesto Público
Diresa	Direcciones regionales de salud
DL	Decreto legislativo
DS	Decreto supremo
EsSalud	Seguro Social de Salud
FF.AA.	Fuerzas Armadas
Geresa	Gerencias regionales de salud
GOLO	Gobiernos locales
GORE	Gobiernos regionales
LOF	Ley de Organización y Funciones
LOPE	Ley Orgánica del Poder Ejecutivo
MICI	Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas

Mindef	Ministerio de Defensa
Mininter	Ministerio del Interior
Minsa	Ministerio de Salud
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PDC	Plan de desarrollo concertado
PEI	Plan estratégico institucional
PNP	Policía Nacional del Perú
POI	Plan operativo institucional
Ppr	Presupuesto por resultados
RIS	Redes integradas de salud
RM	Resolución ministerial
ROF	Reglamento de organización y funciones
SICOVID-19	Sistema Integrado del COVID-19
Sinaplan	Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico
SNCDS	Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
SNPP	Sistema Nacional de Presupuesto Público
SUNEDO	Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria
TIC	Tecnologías de la información y comunicación
UCI	Unidades de cuidados intensivos

Glosario

Diagnóstico de conocimientos:

Herramienta que permite identificar la brecha de conocimientos de los funcionarios públicos en relación a sus funciones y los saberes requeridos para ejecutarlas (SERVIR, 2019).

Intercambio prestacional:

Acuerdos entre instituciones prestadoras y aseguradoras de diversos subsectores de salud para garantizar la prestación y el financiamiento de servicios de salud a sus usuarios. Cuando los acuerdos se dan con actores públicos se les denomina convenios; cuando son con privados, contratos.

Interoperabilidad:

Capacidad para compartir datos y posibilitar el intercambio de conocimientos. Permite que la información sea accesible y comprendida desde distintos entornos.

Modelo de atención:

Enmarca la forma como interactúan la población y los prestadores de servicios de salud (PAHO, 2013).

Modelo de gestión:

Conjunto de normas, estrategias e instrumentos cuyo objetivo es lograr una toma de decisiones eficaz, eficiente y oportuna. Se sustenta en las personas, los procesos y sus resultados, así como en los recursos necesarios para su aplicación.

Nivel de atención:

Categorización de los servicios de salud según su complejidad y la capacidad resolutoria de quienes los brindan. Son tres niveles de atención: el primero corresponde a puestos y centros de salud; el segundo y tercero, a hospitales.

Nivel de servicio (en salud):

Proporción de usuarios que acuden a un establecimiento de salud y acceden a la atención que necesitan de manera completa y cumpliendo los estándares de calidad establecidos.

Ordenamiento territorial:

Se refiere a fomentar el desarrollo equilibrado y sostenible de las regiones y localidades involucrando a la población en el proceso.

Recursos estratégicos (en salud):

Se refiere a los productos farmacéuticos, productos sanitarios y dispositivos médicos que la autoridad sanitaria reconoce como esenciales en los petitorios nacionales respectivos.

Reglamento de organización y funciones (ROF):

Documento técnico normativo de gestión que establece la estructura y funciones de las entidades públicas. Formaliza las competencias y responsabilidades

de cada área para el logro de objetivos institucionales.

Sistema administrativo (sector público):

Conjunto de principios, normas, procedimientos, técnicas e instrumentos que regulan el uso de los recursos en las entidades públicas según criterios de eficacia y eficiencia.

Sistema funcional (sector público):

Conjunto de principios, normas, procedimientos, técnicas e instrumentos que buscan asegurar el cumplimiento de políticas públicas que requieren la participación de todas o varias entidades del Estado.

Telesalud:

Uso de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) para que usuarios de zonas rurales o con poca oferta de servicios de salud puedan acceder a ellos de manera remota. Tiene dos ejes: prestación de servicios de salud o telemedicina, y gestión de servicios de salud o telegestión.

Trazabilidad:

Capacidad de rastrear procesos u objetivos para contar con información completa en todas las etapas de su desarrollo (GS1 Perú, 2006).

I. Resumen

El ente rector del sector salud en el Perú es el Ministerio de Salud (Minsa). Define la política sanitaria, el modelo de atención —es decir, cómo interactúan la ciudadanía y los prestadores de servicios de salud— y las reglas del financiamiento para brindar dichas prestaciones sanitarias.

No obstante, la capacidad resolutive del Minsa es acotada. Su débil institucionalidad ha dificultado que la función salud, hoy fraccionada en distintos subsectores y niveles de gobierno, sea gestionada con criterios de eficacia, eficiencia y oportunidad. La pandemia COVID-19 reveló estas deficiencias, pues no se tuvo capacidad de respuesta rápida para contenerla y controlarla.

Este documento de investigación aborda la necesidad de una rectoría fortalecida y de un nuevo modelo de gestión en el sector salud. Tras presentar un diagnóstico de la situación actual, aterrizaremos recomendaciones organizadas en los siguientes temas: institucionalidad, regulación, recursos humanos e información. Solo así se podrá

migrar hacia un esquema donde el servicio público responda a las necesidades del ciudadano.

II. Diagnóstico del modelo de gestión

Que el sector salud esté fragmentado significa que sus procesos se gestionan de manera independiente en cada uno de sus cuatro subsectores: el Minsa y los Gobiernos regionales (GORE), el Seguro Social de Salud (EsSalud), las sanidades de las Fuerzas Armadas (FF.AA.) y de la Policía Nacional del Perú (PNP), y el subsector privado (Ver Ilustración N.º 1). Cada uno tiene reglas propias y no aplican una lógica transversal donde predomine un único modelo de gestión.

En un esquema integrado prevalecería la separación de roles en distintas instituciones de salud, pero la gestión de procesos específicos como el financiamiento sería transversal para toda la población. Ello aumenta la eficiencia gracias a la especialización, el desarrollo de mejores competencias y el uso de estrategias focalizadas.

En el Cuadro N.º 1 presentamos las características del modelo de gestión del sector salud y aquellas del modelo al que se debería migrar. La brecha entre ambos es aún significativa.

Cuadro N.º 1: Configuración de los sistemas de salud

Modelo de gestión funcional	Modelo de gestión orientado a resultados
Centrado en cumplir las normas y funciones asignadas.	Centrado en objetivos que satisfagan las necesidades sanitarias de los ciudadanos.
Desempeño inercial enfocado en cumplir las formalidades administrativas.	Desempeño proactivo y con capacidad para adaptarse a los cambios.
Limitado uso de información para la toma de decisiones.	Información consistente, oportuna y suficiente para tomar decisiones.
El indicador de éxito es la ejecución presupuestal.	Los indicadores de éxito son el logro de resultados y el nivel de servicio al ciudadano.
Escaso seguimiento de los procesos y actividades críticas a su cargo.	Monitoreo permanente de los indicadores de desempeño. Evaluación periódica para ajustar el rumbo.
No recibe retroalimentación de los usuarios, especialmente de los usuarios finales (ciudadanos).	Estado abierto y transparente que permite la retroalimentación y el escrutinio de los ciudadanos.
Contrato social Estado-colaboradores.	Contrato social Estado-ciudadanos.

Elaboración propia

La segmentación en el aseguramiento, bajo la cual las personas acceden a una IAFAS por sus características socioeconómicas y laborales, determinó que a 2019, diez años después de la promulgación de la Ley Marco de AUS, todavía el

22.4% de la población carezca de un seguro de salud (Enaho, 2019). Esta proporción corresponde mayormente a trabajadores del sector informal

2.1. Organización central del sistema nacional de salud

2.1.1. Línea de autoridad del Minsa

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), creado en el 2002 con la Ley N.º 27813, faculta al Minsa a proponer políticas y prioridades para su coordinación a nivel intrasectorial e intersectorial. En este diálogo participan los representantes de cada subsector, sin perjudicar su autonomía o atribuciones otorgadas por el marco legal vigente.

Como ente rector, el Minsa debe conducir, articular y alinear las operaciones en los subsectores de salud y en los niveles de gobierno hacia objetivos comunes. Pero, dado que cada subsector tiene reglas propias, existe una duplicidad de funciones que evita que el Minsa ejerza su liderazgo.

De hecho, no todos los subsectores reconocen explícitamente la rectoría sectorial de la autoridad sanitaria¹, lo que debería estar en el reglamento de organización y funciones (ROF) de cada uno.

Por eso, la normativa del Minsa se ha centrado en fortalecer su función rectora², que recién aplicó una lógica orientada al ciudadano con la Ley N.º 30895 del 2018. En general, la normativa establece con claridad que el Minsa es el encargado de definir, regular y supervisar la política para proveer servicios de salud a nivel nacional. Es decir, lo establece como autoridad sanitaria.

El Minsa debería enfocarse solo en su función rectora. La función operativa de proveer servicios de salud debe dejarla a los niveles subnacionales de gobierno o a los establecimientos de salud, que están más cerca del ciudadano. No obstante, aún sigue a cargo de la función operativa en la ciudad de Lima.

Ilustración N.º 1: Estructura del sector salud



Elaboración propia

2.1.2. Relación intersectorial

El Minsa debe regular, conducir y supervisar los procesos que permiten cuidar la salud de los ciudadanos. Para lograrlo y cubrir todas las aristas de la función sanitaria, los distintos sectores comparten las tareas, sobre todo en las actividades de prevención y promoción de la salud.

Dada la complejidad de la relación intersectorial, la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (LOPE)³ facilita un canal de negociación a través de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) y permite establecer comisiones interministeriales para discutir políticas, supervisar actividades y emitir informes técnicos.

Asimismo, el Minsa tiene la facultad de celebrar convenios interinstitucionales de asistencia y cooperación. Sin embargo, a pesar de la multiplicidad de acuerdos con las entidades de otros sectores públicos, no se han logrado

establecer metas comunes u operar de modo sinérgico. Esto ha generado traslapes y heterogeneidad en el despliegue de la función salud.

Ejemplo de lo anterior es la relación intersectorial que mantiene el Minsa con los ministerios de Defensa (Mindef) e Interior (Mininter). Ambos actúan aislados entre sí aplicando una lógica de "casa propia", aun cuando las sanidades adscritas a cada uno establecen una relación intrasectorial con el Minsa: lo tratan como ente rector en los aspectos formales y de salud pública, pero su organización y operación se limita a un subsector con un modelo de gestión y reglas particulares.

Ilustración N.º 2: Gestión sanidad PNP y sanidades FF.AA.

 Características	 Sanidad PNP	 Sanidades FF.AA
¿A qué sector está adscrito?	Interior	Defensa
Actúa como una red prestacional	✓	✓
Soporte administrativo necesario	✓	✗
Fondo de aseguramiento propio	✓	✓
Soporte administrativo necesario	✓	✓
Normativa	DL N° 1174 y DL N° 1175	DL N° 006-2016-DE (*)

Nota: las sanidades adscritas al MINDEF dependen de la Dirección de Recursos Humanos, por lo que no disponen de suficiente autoridad para dirigir al conjunto de establecimientos de salud a su cargo.

Elaboración propia

Es fundamental implementar una colaboración fluida entre las distintas instituciones vinculadas a los servicios de salud. Complementar sus capacidades sólo será posible con una línea efectiva de autoridad sectorial, una normativa común y un esquema de gestión por procesos orientados a resultados, en lugar del modelo funcional actual.

2.1.3. Gestión de la rectoría

Como se ha mencionado, el Minsa conduce los procesos que permiten brindar prestaciones oportunas y de calidad a los ciudadanos. Su propósito es lograr la cobertura universal en salud (CUS) en sus tres dimensiones: poblacional, financiera y prestacional. Por ello, se interrelaciona con sistemas funcionales y administrativos que organizan las actividades de la gestión pública.

Entre estos sistemas, el planeamiento estratégico es esencial, pues debe alinear los planes de acción en función de las necesidades ciudadanas. El Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (Sinaplan) se creó en el 2008 (DL N.º 1088) para acompañar a cada sector en la elaboración de un plan multianual que guíe sus decisiones promoviendo sinergias público-privadas que aporten valor. Su ente rector es el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (Ceplan).

No obstante, la definición de objetivos no necesariamente recoge las necesidades de los ciudadanos, y las brechas existentes no se estiman con precisión (PCM, 2013). Tampoco se ha logrado alinear la asignación presupuestal con el plan multianual de las entidades públicas, compuesto por el plan de desarrollo concertado (PDC), el plan estratégico institucional (PEI) y el plan operativo institucional (POI).

En el 2018, el DL N.º 1440 estableció los principios del Sistema Nacional de Presupuesto Público (SNPP)⁴: la orientación ciudadana y la toma de decisiones basada en evidencia. Con ello hizo imperativo alinear el plan multianual de cada sector con la asignación presupuestal respectiva. Sin embargo, prevaleció un vacío que se ve en la gestión de la estrategia del Presupuesto por resultados (PpR): aun cuando debe asignar presupuesto según indicadores de resultado basados en evidencia, en el caso de las prestaciones sanitarias no exige usar como indicador el nivel de servicio. Es decir, no vela por la calidad del gasto ni verifica oportunamente el logro de resultados desde una perspectiva ciudadana.

Para mejorar la rendición de cuentas y el método de evaluación de resultados, se implementó el Sistema de Administración Financiera de Recursos Públicos (SIAF-RP). No obstante, no ha sido posible lograr la interoperabilidad de las plataformas de información. Esto ha limitado la eficacia de los instrumentos de gestión para guiar la asignación y ejecución del presupuesto público, con lo que se pierde la trazabilidad de los servicios de salud provistos.

2.2. Organización descentralizada del sistema nacional de salud

En el proceso de descentralización iniciado en el año 2002 se establecieron entidades públicas para coordinar y ejecutar las labores sanitarias a cargo del Minsa⁵. Así, en el 2005 se constituyeron las gerencias regionales de salud (Geresa) y las direcciones regionales de salud (Diresa). Pero, como replicaron las limitaciones organizacionales del nivel central, instalaron en las regiones una burocracia enfocada en la función operativa y descuidaron la función rectora.

En la práctica, estas autoridades regionales actúan como administradores de recursos sin aportar valor a los procesos gestionados (Cañizares, 2017). Las funciones específicas se listan en el Cuadro N.º 2 y continúan como retos por cumplir.

Cuadro N.º 2: Funciones compartidas entre el Minsa y el nivel subnacional

Funciones compartidas
Formular y proponer políticas, lineamientos, estrategias y normas técnicas para políticas nacionales.
Fortalecer la capacidad institucional de planificación en salud.
Promover la participación social en salud.
Promover la capacitación y el desarrollo de recursos humanos, calidad del servicio, investigación, gestión de riesgos, campaña de salud preventiva y control de pandemias.
Establecer la cooperación técnica con entes desconcentrados.
Supervisar el abastecimiento de material estratégico.
Vigilar, investigar y controlar riesgos y amenazas para la salud pública.

Fuente: Ley N.º 30895
Elaboración propia

El nivel subnacional ha demostrado carecer de capacidad para garantizar la cobertura en salud en su jurisdicción. Incluso se incumplen acciones esenciales como la vigilancia sanitaria y el control de riesgos oportuno y eficaz. Los Gobiernos locales (GOLO) o municipios tienen un rol muy limitado en el proceso sanitario, a pesar de las competencias que les confiere la Ley Orgánica de Municipalidades (2005)⁶ en materia de salud o los mandatos referidos al primer nivel de atención.

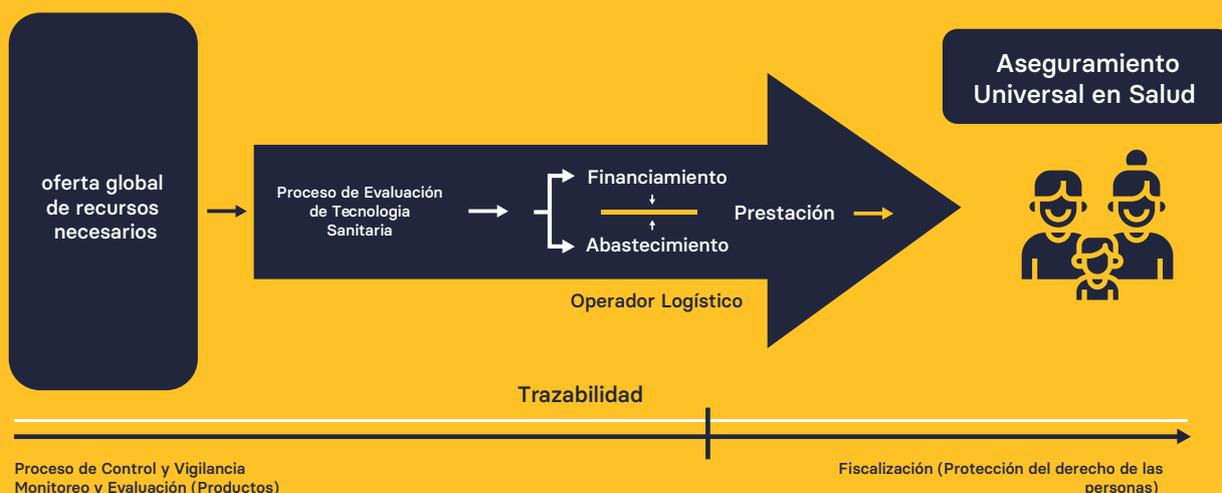
El acelerado proceso de descentralización no estuvo acompañado por una adecuada transferencia de recursos —financieros, materiales, técnicos y humanos— que permitiera delegar la función sanitaria de manera eficaz hacia las regiones. El Minsa no ejerció su función rectora para establecer un enfoque sistémico y un modelo de gestión que promoviera la mejora del desempeño de los Gobiernos subnacionales. Hoy, sin una organización territorial efectiva y dada la fragmentación del

sector salud, las estrategias no logran orientarse hacia el ciudadano.

2.3. La persistencia de una gestión funcional desfavorable

La gestión en el Estado peruano tiene múltiples dificultades. Además de la ruptura entre la planificación estratégica y la asignación presupuestal, los procesos carecen de un enfoque de cadena de valor, pues no se utiliza una lógica en la que cada uno contribuye a satisfacer las necesidades del ciudadano. La siguiente ilustración muestra este enfoque en el sector salud y los principales procesos involucrados.

Ilustración N.º 3: Cadena de valor en el sector salud del Perú



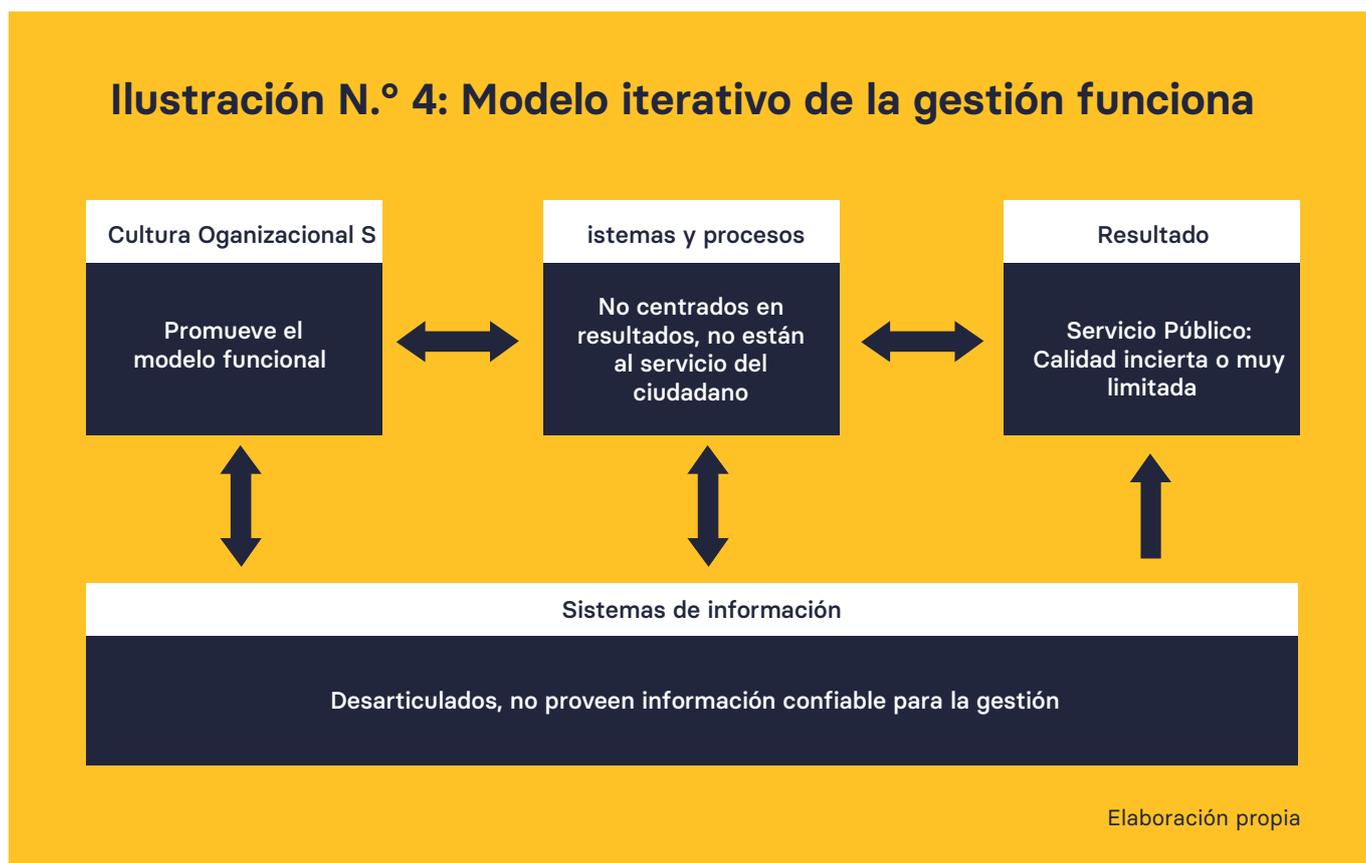
Elaboración propia

La estructura organizacional de las entidades públicas replica el paradigma clásico de carácter funcional. Es decir, se centra en cumplir actividades y formalismos en lugar de orientar los esfuerzos a satisfacer las necesidades ciudadanas. Un ejemplo está en la importancia relativa que se le da a la ejecución presupuestal sin garantizar la calidad del gasto.

Que la gestión funcional siga teniendo más prevalencia que la gestión por resultados deriva en servicios públicos deficientes. Además, el que haya múltiples sistemas de información desarticulados entre sí no permite tener datos confiables ni suficientes para la toma de decisiones en los espacios intrasectorial e intersectorial.

Lo anterior también ha impedido contar con indicadores que midan la probabilidad de ocurrencia de actos de corrupción en la gestión sanitaria. Identificar zonas de riesgo podría evitar el uso ilegal de recursos que terminan por desfavorecer al ciudadano.

La siguiente ilustración resume el círculo vicioso que resulta de la interacción de los elementos básicos del sector salud bajo un modelo funcional.



La fragmentación del sector salud dificulta aún más poder alinear estrategias y objetivos que orienten la toma de decisiones. Por ejemplo, solo EsSalud ha priorizado el uso del indicador del nivel de servicio, lo que ha permitido medir la demanda insatisfecha y estimar con mayor precisión las necesidades de recursos estratégicos. Esto no ocurre en los otros subsectores de salud, lo que significa que no se atiende a los ciudadanos con un estándar adecuado o, por lo menos, con el mejor disponible en el Estado.

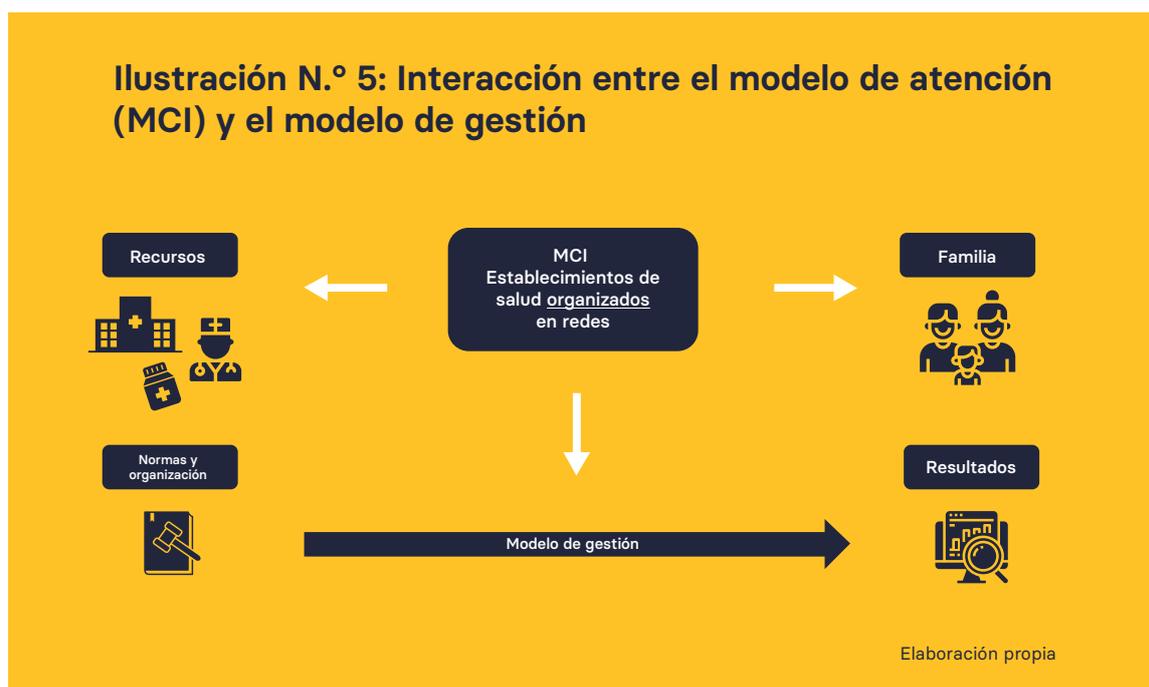
2.4. Modelo de atención que oriente la toma de decisiones

Un modelo de atención define las intervenciones sanitarias y orienta la organización de la red prestacional. Debe servir para guiar la gestión del sector, pues establece las pautas para la toma de decisiones orientadas a las necesidades de los ciudadanos (Ilustración N.º 5).

servicios de salud considerando la gestión por procesos y resultados, con énfasis en criterios de ordenamiento territorial. El foco de intervención del MCI considera las necesidades y expectativas de la persona, familia y comunidad. Reconoce que es esencial establecer una adecuada relación con el equipo multidisciplinario de salud y con los gestores. Y propone una adecuada coordinación con las autoridades regionales y locales de salud, así como el alineamiento hacia las redes integradas de salud (RIS).

La ausencia de un vínculo claro entre el MCI y el modelo de gestión dificulta brindar a los ciudadanos prestaciones ajustadas a sus necesidades sanitarias. Además, complica la labor del gestor, quien debe adaptar la toma de decisiones al diseño organizacional de cada subsector. Por eso, el nuevo MCI es una oportunidad para superar este reto pendiente.

En el 2020, el Minsa aprobó el Modelo de Cuidado Integral (MCI)⁷, que propone organizar los



La fragmentación del sector salud dificulta aún más poder alinear estrategias y objetivos que orienten la toma de decisiones. Por ejemplo, solo EsSalud ha priorizado el uso del indicador del nivel de servicio, lo que ha permitido medir la demanda insatisfecha y estimar con mayor precisión las necesidades de recursos estratégicos. Esto no ocurre en los otros subsectores de salud, lo que significa que no se atiende a los ciudadanos con un estándar adecuado o, por lo menos, con el mejor disponible en el Estado.

III. Restricciones y recomendaciones para la gestión sanitaria

A continuación, se presentarán las principales restricciones que afectan la gestión del sector salud. Para cada una se detallarán una serie de recomendaciones que permitan migrar hacia un esquema en el que los gestores tomen decisiones orientadas al ciudadano. Se requiere cambios que fortalezcan la institucionalidad; simplifiquen la regulación pensando en el servicio ciudadano; reestructuren la organización, los procesos y las funciones de las instituciones en salud; logren atraer talento humano, y promuevan la toma de decisiones basada en evidencia.

3.1. Institucionalidad para la adecuada conducción sectorial

El Perú tiene un Estado poco funcional. Prueba de ello es su bajo desempeño en el Índice de Competitividad Global, que posiciona al país por debajo de la media superior. Este resultado se traduce en poca confianza de la ciudadanía hacia sus autoridades y en bajos niveles de satisfacción.

El Estado no ha sido capaz de establecer medidas planificadas, articuladas y eficientes. Como ejemplo tenemos el intento fallido de aplicar la Política de Modernización del Estado al 2021, publicada por la PCM en el 2013. Este documento de gestión, que establecía pautas para alcanzar un Estado moderno y orientado a resultados, no logró quebrar el modelo funcional.

Para la adecuada conducción del sector salud se propone, por un lado, reforzar la articulación intrasectorial a partir de una fuerte línea de conducción del Minsa que hile las iniciativas de cada subsector. Herramientas de gestión como el PEI, el POI y los indicadores de resultados deben alinearse entre sí para priorizar y dirigir las líneas de acción; contar con objetivos, metas e indicadores de desempeño para medir el avance y los logros de los equipos. Por ello, es importante generar conocimiento y memoria institucional para sostener los espacios de mejora en la política sanitaria. Esto permitirá mejorar la institucionalidad y recuperar gradualmente la confianza en el Estado.

Para evitar quedarse en buenas intenciones, es crucial tener procesos de monitoreo y evaluación eficientes. Deben estar soportados en un sistema de información que articule los tableros de gestión con los elementos básicos de los PEI y POI de

las entidades públicas. En el mediano plazo, estas medidas facilitarán reducir la duplicidad de funciones, procesos y normas a nivel intrasectorial e intersectorial, esencial para simplificar procesos y responder con eficiencia a los retos sanitarios.

Por otro lado, debe fortalecerse los niveles subnacionales de gobierno, empezando por los GORE. Impulsar acuerdos entre la ciudadanía y sus autoridades regionales que vayan acompañados por una mayor transparencia en la información de la gestión pública, y establecer mecanismos de participación ciudadana y rendición de cuentas validados por el Minsa. De este modo, se puede alentar el logro de las metas y compromisos o, caso contrario, permitir que el ente rector intervenga, con medidas de diferente magnitud, en el ámbito subnacional para proteger la salud de las personas.

La implementación de las redes integradas de salud y el MCI son oportunidades para este cambio. Una forma de materializar estas iniciativas es mediante convenios de gestión entre el Minsa y los GORE. Esto requerirá fortalecer la capacidad de seguimiento del Minsa, incluidos sólidos mecanismos de control que permitan intervenir en caso el nivel regional presente dificultades de gestión o atravesase una crisis sanitaria. Otra opción es fortalecer los consejos regionales de salud⁸ como espacios de colaboración entre los actores sanitarios.

En suma, diferenciar los roles y alinear las prioridades sanitarias nacionales y regionales. A mediano plazo, esto permitirá definir metas e indicadores de desempeño para mejorar los servicios de salud, así como desarrollar canales institucionales de articulación macrorregional y nacional.

Finalmente, a largo plazo se requiere reestructurar las funciones sanitarias de los GOLO. La idea es que ejerzan autoridad en su jurisdicción y dispongan de espacios efectivos para coordinar y concertar decisiones políticas basadas en las redes integradas de salud. Es esencial que los GOLO asuman su rol en la mejora de los determinantes de la salud y su colaboración con el primer nivel de atención, acciones que hoy ejerce con muchas limitaciones.

3.2. Regulación centrada en el ciudadano

Cuando las reglas no están orientadas a mejorar el bienestar de la ciudadanía, se carece de un criterio sistémico que busque la eficacia, eficiencia y oportunidad en la toma de decisiones. En el caso del sector salud, esto es de especial importancia pues se vulnera el derecho de acceder a ella.

La multiplicidad de normativa a nivel intrasectorial e intersectorial lleva a que cada institución de salud tenga su propia forma de operar. Esto ha generado distintos esquemas de financiamiento y contribuido a la heterogeneidad en la definición de los servicios y su calidad, lo que a su vez dificulta el intercambio prestacional.

El marco regulatorio tampoco incentiva el desarrollo de mejores capacidades regionales y locales. Los GORE y GOLO tienen espacio para la discrecionalidad o la inercia en la toma de decisiones. La multiplicidad, duplicidad y desarticulación regulatoria impiden tener un único sistema nacional de salud cuyo desempeño sea monitoreado con indicadores confiables.

Para resolverlo se propone establecer una secuencia clara que permita identificar la necesidad de un cambio o plantear una nueva norma, lo que debe ser precedido de una exploración de las mejores prácticas existentes:

- **Definir los resultados a lograr y establecer el indicador de nivel de servicio al ciudadano.**
- **Caracterizar los procesos involucrados y verificar que tengan una secuencia en una lógica de cadena de valor.**
- **Dimensionar o identificar la estructura organizacional necesaria que soportará los procesos identificados.**

- **Ajustar el marco normativo existente o desarrollar uno nuevo.**

Esto debe ir acompañado del análisis de impacto regulatorio, ex ante, para identificar proyectos de normas redundantes, o identificar, ex post, aquellas vigentes que dificultan el logro de los propósitos planteados y sustentar su derogatoria. Es necesario mantener una visión sistémica que dimensione los resultados que se obtengan.

También es importante promover una discusión con los involucrados y la ciudadanía al momento de diseñar una nueva norma. No solo para identificar aspectos no apreciados en el diseño original, sino para promover la transparencia y predictibilidad en el Estado.

3.3. Recursos humanos al servicio público

Carecer de incentivos para trabajar en el sector público ha generado deficiencias en la disponibilidad de recursos humanos en el territorio nacional (GRADE, 2015). Las rigideces en las modalidades de contratación, dificultades para establecer el perfil adecuado de los profesionales y la vigencia de intereses profesionales o de grupo particulares que pueden generar conflictos laborales no logran atraer suficiente talento.

Además, la concentración de oportunidades educativas y laborales en las principales ciudades del país deriva en que haya limitada fuerza laboral calificada en las zonas rurales y urbano marginales. La pobre calidad de los centros de formación superior es otro factor clave. A manera de ejemplo, el más reciente diagnóstico de conocimientos realizado al personal de los sistemas administrativos mostró que solo entre el 2% y 10% del personal evaluado disponía del nivel de competencias adecuado⁹ (SERVIR, 2014a; SERVIR, 2014b).

La calidad de la educación superior es un aspecto que se viene corrigiendo gracias a la labor de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (Sunedu). No obstante, todavía existe una amplia brecha de profesionales de la salud: 73,093 médicos y enfermeros (Minsa, 2019). A su vez, la distribución del recurso humano en salud es inequitativa entre las regiones y no guarda una lógica de ordenamiento territorial y poblacional. Basta ver que, mientras el Perú tiene una densidad de 12.8 médicos por cada 10,000 habitantes, la región nororiental del país apenas alcanza los 7.3 médicos por cada 10,000 habitantes (Minsa, 2019).

Urge no solo mejorar las condiciones laborales, sino también las evaluaciones de desempeño y los mecanismos para la formación continua. Para lograrlo es importante promover un sistema de meritocracia que otorgue reconocimiento a todo funcionario que cumpla las metas y objetivos establecidos. El Estado debe hacer un gran esfuerzo para que personas competentes quieran formar parte del servicio público.

Asimismo, es necesario orientar y reclutar gestores y personal de salud en función de las necesidades. Estos aspectos y el desarrollo de capacidades deben estar considerados en el plan de gestión de las redes integradas de salud. Una opción interesante en el sector es la capacitación en servicio, que promueve el logro de competencias. Estas iniciativas de desarrollo del talento y gestión de las personas deben ser institucionalizadas para su permanencia en el tiempo.

3.4. Gestión de la información para la toma de decisiones

La inadecuada gestión de los sistemas de información ha minado las acciones de la autoridad sanitaria. En principio, las entidades públicas todavía tienden a considerar a la gestión de la información como un elemento de soporte técnico que facilita la operación diaria (rutinaria) y no como un factor clave para generar conocimiento y tomar decisiones.

Los sistemas de información que no se comunican entre sí —es decir, que no son interoperables— impiden identificar aspectos críticos como la cobertura efectiva de los servicios de salud, y, por tanto, la demanda insatisfecha. También limitan la continuidad en la atención y la medición de indicadores de calidad. Al no contar con información oportuna y consistente, los gestores del sector salud toman decisiones casi a ciegas, sin el sustento o evidencia necesarios.

Esta situación se repite para el personal asistencial y para quienes proveen servicios o recursos estratégicos para la atención de los pacientes. Por ejemplo, actualmente no es posible trazar los procesos de soporte para gestionar los inventarios ni utilizar información para el mejor cuidado de las personas a partir de la digitalización de historias clínicas. Esto limita brindar servicios de calidad y promover iniciativas necesarias como la telesalud.

Todo lo anterior afecta de manera directa al ciudadano. Por un lado, un paciente tiene una historia clínica distinta en cada centro de salud al que acude, lo que dificulta su tratamiento y afecta su seguridad. Por otro lado, no accede a los medicamentos de su receta por la inadecuada gestión del inventario de la farmacia del

establecimiento de salud, que desconoce la brecha de necesidad a resolver.

Incorporar las TIC a la gestión permitirá que gestores, personal de salud y los propios pacientes puedan acceder a la información que requieren. Un prerequisite es la conectividad para la red de servicios y empresas con las que se trabaja. Solo así será posible incrementar la cobertura territorial, contar con historias clínicas electrónicas, telesalud y virtualización de actividades.

Asimismo, será necesaria infraestructura que brinde soporte a los aplicativos informáticos, que deberán ser interoperables. Para que esto funcione, habrá que fortalecer las capacidades en informática de los profesionales de las instituciones de salud. Esto se deberá hacer mediante una estrategia de comunicación efectiva que promueva la cultura digital en el sector público, que ha tenido algunos avances desde la iniciativa Gobierno digital de la PCM.

Estos cambios facilitarán usar sistemas de información que permitan mejorar la gestión del sector salud mediante la identificación de las necesidades insatisfechas, la trazabilidad de los recursos estratégicos involucrados en la prestación, y la obtención de evidencia confiable para la toma de decisiones. Solo así se podrá impulsar un nuevo servicio público orientado al ciudadano.

IV. Escenario COVID-19

La pandemia COVID-19 ha puesto en evidencia la disfuncionalidad del sector salud y ha resaltado las debilidades del modelo de gestión vigente. Cada uno de los aspectos analizados en la sección anterior ha sido manejado de manera distinta durante la emergencia sanitaria. El siguiente cuadro sintetiza esta información.

Cuadro N.º 3: Regulación, recursos humanos y gestión de la información en la pandemia

Aspecto	Descripción
Regulación	Prolífica producción de normas para atender la emergencia sanitaria.
	Falta de oportunidad en las decisiones de las autoridades en concordancia con las normas, sobre todo en los niveles subnacionales.
	Falta de seguimiento a las medidas emitidas por el sector salud.
	Ausencia de estructuras de costos sólidas y de tarifas definidas para los prestadores públicos y privados a pesar de existir normas sobre intercambio prestacional desde hace varios años.
Recursos humanos	Reducción forzada de la fuerza laboral para proteger a los profesionales de la salud que forman parte de la población vulnerable. ¹⁰
	Escasez de personal intensivista: 700 médicos para más de 1,000 camas en las unidades de cuidados intensivos (UCI) ¹¹ . Esto evidencia la desarticulación entre la formación de especialistas y las necesidades sanitarias del país.
	Condiciones laborales poco atractivas y luego poco competitivas: persistencia de contratos administrativos de servicios (CAS) ¹² y de las presiones por lograr el nombramiento de trabajadores.
Gestión de la información	Limitado manejo en el cuidado de la salud mental del personal de salud ante las condiciones de estrés, ansiedad y depresión que caracterizan su labor actual.
	Las limitaciones y la escasa interoperabilidad de los sistemas informáticos reducen la oportunidad de tener datos para la gestión y fuerzan a soluciones paralelas: cantidad de camas UCI, disponibilidad de oxígeno, entre otros.
	Necesidad de contar con un nuevo banco de información en plena emergencia sanitaria: Sistema Integrado del COVID-19 (SICOVID-19) ¹³ .
	Limitado uso de sistemas informáticos para gestionar la cadena de abastecimiento de recursos estratégicos para los pacientes COVID-19 y no COVID-19 (enfermos crónicos, por ejemplo). No es posible estimar la demanda insatisfecha de los usuarios, sobre todo en el ámbito Minsa-GORE.

Elaboración propia

El análisis realizado en esta nota de política muestra las falencias del sector salud para proveer acceso a un derecho fundamental para los ciudadanos. Es necesario un nuevo modelo de gestión que transforme el servicio público renovando el contrato social entre Estado y ciudadanía. Solo así dispondremos de una oferta sanitaria adecuada, oportuna y de calidad para las personas, familias y comunidades y, de ese modo, contribuir al bienestar y el desarrollo del país. La

actual coyuntura, crítica y de alcance global, ocurre en un proceso de transición a una sociedad digital. Por ello, representa una oportunidad para realizar cambios que deben hacerse ahora.

Bibliografía

Cañizares, R., 2017. Evolución del sistema de salud de Perú: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014. An Fac Med, 78(4), pp. 445-451

CMP, 2020. Medicina intensiva. [En línea] Available at: <https://www.cmp.org.pe/conoce-a-tu-medico/> [Último acceso: 5 junio 2020]

GRADE, 2015. Descentralizar salud y educación: Responsabilidades, capacidades y articulación de Gobiernos regionales y locales respecto a salud y educación en dos regiones amazónicas del Perú: San Martín y Loreto, Lima: s.n.

GS1 Perú, 2006. Rastreabilidad de alimentos, s.l.: s.n.

Minsa, 2019. Minsa y Gobiernos regionales. Recursos humanos en salud. Ayuda memoria. Diciembre 2019, Lima: Dirección General de Salud de las Personas - Ministerio de Salud

Minsa, 2020. Acciones excepcionales para garantizar la atención en salud frente a la pandemia COVID-19 (Comunicado N.º 71). [En línea] Available at: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/126671-acciones-excepcionales-para-garantizar-la-atencion-en-salud-frente-a-la-pandemia-covid-19-comunicado-n-71>

PAHO, 2013. Modelo de atención integral en salud, s.l.: s.n. PCM, 2013. Política nacional de

modernización de la gestión pública, Lima: s.n.

RC Consulting, 2019. Siete diferencias entre los regímenes laborales públicos. [En línea]

Available at: <https://rc-consulting.org/blog/2017/10/regimenes-laborales-publicos/>

[Último acceso: 14 mayo 2020]

SERVIR, 2014a. Diagnóstico de conocimientos del Sistema Administrativo de Planeamiento Estratégico, Lima: s.n.

SERVIR, 2014b. Diagnóstico de conocimientos al Sistema Administrativo de Presupuesto Público, Lima: s.n.

SERVIR, 2019. Más de 9000 servidores participarán del diagnóstico de conocimientos de las personas que laboran en las oficinas de recursos humanos del Estado 2019. [En línea]

Available at: <https://www.servir.gob.pe/mas-de-9000-servidores-participaran-del-diagnostico-de-conocimientos-de-las-personas-que-laboran-en-las-oficinas-de-recursos-humanos-del-estado-2019/> [Último acceso: 6 julio 2020]

Notas finales

- 1** Es el caso de la Asociación de Clínicas Privadas. Su estatuto (2017) precisa únicamente establecer vínculos de cooperación intrasectorial e intersectorial para buscar soluciones a la problemática en salud.
- 2** Se refiere al Decreto Legislativo (DL) N.º 1161 del 2013 y al Decreto Supremo (DS) 008-2017-SA.
- 3** Ley N.º 29158 del 2007.
- 4** El ente rector es la Dirección General de Presupuesto Público (DGPP) del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).
- 5** Ratificadas con el DL N.º 1504.
- 6** Se trata de la Ley N.º 27972 emitida en el 2003 y basada en la Ley N.º 27783, también conocida como Ley Bases de la Descentralización. Esta última fue emitida en el 2001.
- 7** Fue aprobado con la Resolución Ministerial (RM) N.º 030-2020-MINSA.
- 8** Según la Ley N.º 27813, tienen la labor de coordinar y concertar la política sanitaria regional. Sin embargo, solo algunos están activos en el territorio nacional, como es el caso de Arequipa.
- 9** Fueron realizados en el 2014. La información hace referencia al sistema administrativo de planeamiento estratégico y presupuesto público.