

**2002
2012**

**Lineamientos de Política
Sectorial para el Período
2002 - 2012 y
Principios Fundamentales
para el Plan Estratégico
Sectorial del Quinquenio
Agosto 2001 - Julio 2006**

MINISTERIO DE SALUD



“Personas que atendemos personas”



MINISTERIO DE SALUD

ÍNDICE

Introducción	5
I. LA SITUACIÓN DE SALUD Y DEL SECTOR	7
1. Deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles y crecimiento de las no transmisibles	9
2. Elevada desnutrición infantil y materna	11
3. Elevada mortalidad infantil y materna	12
4. Reducida cobertura y aumento de la exclusión	14
5. Limitado acceso a los medicamentos	16
6. Ausencia de política de recursos humanos	18
7. Segmentación e irracionalidad en el sector salud	19
8. Desorden administrativo y ausencia de rectoría del Ministerio de Salud	20
9. Financiamiento insuficiente e inequitativo	20
10. Limitada participación ciudadana y promoción de la misma	22
11. Análisis de las Fortalezas, Amenazas, Debilidades y Oportunidades del Sector.	22
II. VISIÓN, MISIÓN Y PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA POLÍTICA DE SALUD	25
1. Visión	27
2. Misión	27
3. Principios básicos	27
III. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DÉCADA	31
1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad	34
2. Extensión y universalización del aseguramiento en salud	36
3. Suministro y uso racional de medicamentos	36
4. Desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad	37
5. Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud	37
6. Nuevo modelo de atención integral de salud	38
7. Modernización del Ministerio de Salud y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial	38
8. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores	39
9. Democratización de la salud	39
IV. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2002 - 2006	41
V. ESTRATEGIAS	45
1. Participación y control ciudadano	47
2. Adecuación de la estructura del MINSA para la concertación y conducción sectorial	47
3. Compromiso de los recursos humanos con los lineamientos sectoriales	48

4.	Diálogo sectorial e intersectorial	48
5.	Descentralización del sector como parte de la descentralización del Estado	49
6.	Reorientación del financiamiento para cubrir las necesidades nacionales en salud	49
7.	Agenda compartida y concertación con la cooperación técnica internacional	49
8.	Establecer políticas regionales andinas comunes	50
VI.	RESULTADOS ESPERADOS 2001-2006	51

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, nuestro país ha tratado de encontrar un norte que oriente su desarrollo integral. Los intentos parecen haber sido una frustrante serie de propuestas que fracasaron una tras otra por diversas razones. Entre ellas, podemos citar el diseño de modelos por grupos cerrados de personas e instituciones que no tomaron en cuenta los aportes de los distintos actores sociales, que marginaron a la sociedad de participar de forma más activa y protagónica en la solución de nuestros graves problemas y que antepusieron el bien personal o grupal al bien de todos; todo ello, muchas veces, sin respetar los derechos fundamentales de los ciudadanos pobres del Perú.

El resultado final no podía ser más trágico: los más afectados por la pobreza, por la marginación y la exclusión, hacia quienes debían dirigirse los mayores esfuerzos para aliviar su riesgosa condición, permanecieron en la misma situación penosa, la cual afecta su sentido del futuro y su esperanza de una vida digna.

El nuevo equipo de gestión del Ministerio de Salud recoge los Lineamientos preparados bajo la gestión del Dr. Solari de La Fuente para concertar y orientar el esfuerzo de todos los actores y los componentes del sector hacia una meta común: proteger la dignidad personal de todos los peruanos, velando por su derecho a la vida y a la salud, mediante el acceso a servicios de salud brindados con calidad, eficiencia, eficacia y, sobre todo, humanidad. Hemos hecho el mayor esfuerzo por recoger los valiosos aportes de trabajos y documentos elaborados durante los años previos por personas, instituciones y organizaciones diversas, públicas, privadas y/o representativas de la sociedad civil que trabajan en el sector salud y cuyas voces y opiniones merecen ser escuchadas y recogidas en un concierto único. Se han recibido y recogido diversos aportes de personas e instituciones a lo largo del proceso de elaboración de este documento durante más de ocho meses. De esta manera, esperamos contribuir a la lucha contra la pobreza y al desarrollo integral de nuestro pueblo.

Queremos presentar al país, en particular a aquellos que trabajan para mejorar y preservar la Salud de las personas, un documento de Políticas de salud para los próximos años que nos sirva como instrumento para colaborar en la construcción de una sociedad más solidaria, justa, democrática y SALUDABLE.

Creemos firmemente que podemos lograrlo con la participación de todos.

MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ
“Personas que atendemos personas”

Capítulo Primero

La Situación de Salud y del Sector

I.- LA SITUACIÓN DE SALUD Y DEL SECTOR

1. DEFICIENTE SALUD AMBIENTAL, ALTA PREVALENCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CRECIMIENTO DE LAS NO TRANSMISIBLES

En las últimas décadas en nuestro país, subsisten indicadores alarmantes que ubican al Perú en una situación desfavorable en comparación con la mayoría de países latinoamericanos.

El sistema de salud de nuestro país mostró un pobre desempeño en la evaluación publicada por la ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) en el Informe sobre la Salud en el Mundo del año 2000, que nos ubicó en uno de los últimos lugares de América Latina.

DESEMPEÑO DE LOS SISTEMAS DE SALUD* (1997)

REGIÓN PANAMERICANA	Nivel de EVAD	Capacidad de Respuesta	Equidad de la Contrib. Financ.	Logro Global de Metas	Gasto en Salud Per cápita	Desempeño Global del Sist.
Bolivia	133	151	68	117	101 (9)	126
Chile	32	45	168	33	44 (2)	33
Colombia	74	82	1 ?	41	49 (3) ?	22
Costa Rica	40	68	64	45	50 (4)	36
Ecuador	93	76	88	107	97 (8)	111
Paraguay	71	97	177	73	91 (7)	57
Perú	105	172	184	115	78 (6)	129
Uruguay	37	41	35	50	33 (1)	65
Venezuela	52	69	98	65	68 (5) ?	54

Informe sobre la Salud en el Mundo 2000, OMS
* Lugar ocupado por el país entre los 191 países estudiados

El desempeño global del sistema de salud de Perú ocupa el puesto 129 en el mundo (uno de los últimos en el ranking internacional) y el puesto menos destacado en Latinoamérica. Chile está ubicado en el puesto 33 en tanto que Bolivia está en el lugar 126 de la misma tabla. Este desempeño es el resultado de otros varios indicadores, en los que el Perú también muestra déficit.

Por ejemplo, en lo que respecta a capacidad de respuesta, el Perú está en el puesto 172, Uruguay está en el lugar 41 y Bolivia en el 151. En cuanto a la equidad de la contribución financiera, el Perú tiene el último lugar (184), en tanto que Paraguay se halla en el puesto 177. Algo similar ocurre en el logro global de metas donde Perú tiene el penúltimo lugar.

La pobreza y la pobreza extrema, que se han incrementado mucho en los últimos años como consecuencia del modelo económico excluyente predominante en la década pasada, hacen que las malas condiciones de salud sean sufridas con mayor intensidad por la mayoría de la población.

Tomando en cuenta el indicador Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) dividió a los 1,793 distritos existentes en 1993 en cinco estratos correspondiendo al estrato I las características de menor riqueza y, al estrato V las de mayor riqueza.

Los estratos poseen características diferentes. En el caso de los más pobres existe un menor acceso a servicios básicos como agua potable, desagüe y luz eléctrica. Además, son una población predominantemente rural, dispersa, con los más altos niveles de analfabetismo, desnutrición infantil y mayores tasas de mortalidad infantil.

Las condiciones de salud ambiental han mejorado relativamente, pese a inversiones realizadas particularmente con apoyo de la cooperación técnica internacional. El 30% de la población urbana y el 60% de la población rural no tienen acceso aún a servicios de agua segura, eliminación de excretas y disposición final de residuos sólidos, lo que provoca una situación muy desfavorable para la salud de la población. A ello se suman factores modernos de riesgo ambiental como los sistemas productivos y de transporte altamente contaminantes del medio ambiente, que afectan la vida en gran número de ciudades, ríos, áreas cultivables y el mar.

Asimismo, la inseguridad alimentaria que es consecuencia de los bajos ingresos y el desempleo, se evidencia en las malas condiciones nutricionales que afectan principalmente a los niños, a las mujeres y a los adultos mayores.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), el promedio nacional de desnutrición crónica en niños menores de 6 años se ha mantenido igual entre el año 1996 (25.8%) hasta el año 2000 (25.4%), pero ha empeorado en ese mismo lapso en los estratos más pobres, sobre todo en los rurales.

La ENDES 2000, mostró que la mortalidad infantil y la mortalidad materna empeoraron para los estratos sociales pertenecientes a los quintiles 1 y 2, los de menores ingresos. Los promedios nacionales mejoraron sólo porque los estratos de mayores ingresos, mejoraron sustancialmente. Es decir, los promedios estadísticos esconden el incremento de la desigualdad e injusticia que significa el incremento de la brecha en salud entre los más pobres y los más ricos.

En ese contexto, las posibilidades de los pobres de acceder a los servicios de salud se han seguido enfrentando a importantes barreras económicas, geográficas y étnico - culturales, pese a la ampliación de la oferta de servicios en el primer nivel de atención. Se estima que en julio del 2001, el 25% del total de la población no tenía posibilidades de acceder a algún servicio de salud.

Del análisis de la demanda en salud durante los últimos años, se concluye que un alto porcentaje de la población enferma no acude a los servicios por falta de recursos económicos, por lejanía o inexistencia de servicios de salud en su zona o por desconfianza, la que en gran medida expresa diferencias culturales.

La Esperanza de Vida al Nacer se ha incrementado en el país, desde 44.0 años en el quinquenio 50-55 a 68.3 años en el quinquenio 95-2000. En la ENDES 2000 la esperanza de vida en el Perú alcanza los 69.1 años.

Más de dos tercios de los migrantes se dirigen hacia departamentos que tienen mejores condiciones económicas, sociales y de salud que el departamento en el que habitan. En el censo de 1993 casi cinco millones de personas, el 22 por ciento de la población censada, declaró residir en un departamento diferente al de su nacimiento.

La población peruana, en general, se encuentra en un creciente proceso de envejecimiento. En 1981, la población menor de 15 años representaba el 41.2 por ciento de la población total y, la mayor de 64 años, el 4.1 por ciento. Para 1993 estas cifras eran 37 y 4.6 por ciento respectivamente, y se estima que para el año 2005 los menores de 15 años representarán el 30.8 por ciento de la población mientras que los mayores de 64 años el 5.3 por ciento. Una grave consecuencia de todo esto sería, que a partir del 2015 el número de

nuevos ingresantes a la Población Económicamente Activa (PEA) se reducirá como un lógico resultado de la pérdida de la proporción adecuada entre niños, trabajadores y jubilados.

Existe una tendencia decreciente en cuanto al número y tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). Entre 1990 y 1996 se redujo la pérdida de años debido a una reducción en las enfermedades transmisibles (las enfermedades transmisibles, aunque han disminuido en los últimos años, continúan siendo la primera causa de AVPP, tanto en hombres como en mujeres); mientras que los tumores y otras enfermedades crónico-degenerativas han sufrido un ligero incremento, aumentando más en mujeres que en hombres.

Adicionalmente, el estudio sobre migraciones internas del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) de 1995 mostró que sobre las 188 provincias del país (en este año), 144 ya tenían un saldo migratorio negativo. Estas 144 provincias tienen fundamentalmente una caracterización rural y agropecuaria. Alrededor del 80% de los migrantes internos son menores de 34 años; es decir, que hay una emigración masiva de la fuerza laboral rural.

La ENDES 2000 revela que los hogares con menor número de miembros empieza a concentrarse en las zonas rurales. El número promedio de miembros por hogar en las zonas urbanas, ya es similar al de las zonas rurales (4.5 miembros por hogar). Todo esto contribuye a una alarmante caída progresiva y creciente de la generación del Producto Bruto Interno (PBI) en las zonas rurales del país.

Las heterogéneas condiciones de desarrollo han determinado diferentes patrones de reproducción social y configuran escenarios epidemiológicos diferenciados cuyas características más resaltantes se evidencian a través de indicadores trazadores como las tasas de mortalidad, mortalidad prematura y discapacidades.

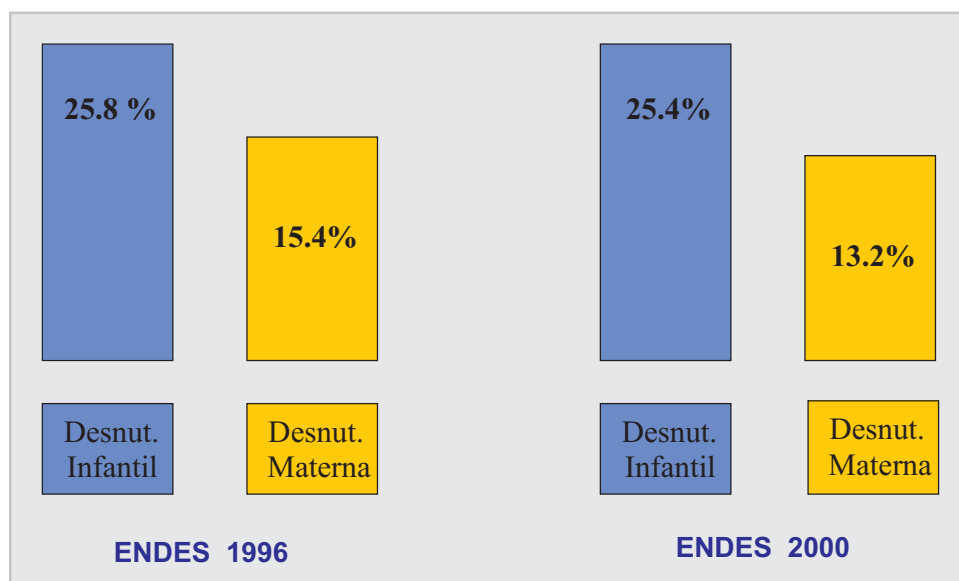
El país presenta la característica de mosaico epidemiológico, con prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas en los quintiles más ricos y prevalencia de enfermedades infecciosas en los quintiles más pobres: nos proyectamos a una seria acumulación de problemas de salud. En la dos últimas décadas ha habido algunas mejoras en la atención materno - infantil, en el control de enfermedades inmunoprevenibles (polio, sarampión) y en el control de algunas enfermedades transmisibles (TBC). Sin embargo, esta mejoría no ha sido homogénea, pues las zonas que han evolucionado positivamente son preponderantemente las zonas que tienen mayor desarrollo. En las zonas afectadas por la pobreza extrema los problemas como mortalidad materna se mantuvieron; y en términos generales se incrementaron las enfermedades reemergentes y emergentes (malaria, dengue, TBC multidrogo resistente, SIDA), los accidentes, las lesiones y las muertes violentas por diversas causas.

2. ELEVADA DESNUTRICIÓN INFANTIL Y MATERNA

Según la ENDES 2000, la prevalencia de la desnutrición crónica infantil se ha mantenido casi en el promedio de 1996: 25.4% versus 25.8% respectivamente. El hecho de no haberse reducido este indicador en los últimos 4 años de la década pasada demuestra la crítica situación de la salud infantil. Peores aún son los resultados que diversos estudios realizados en muchas zonas rurales del país revelan sobre nutrición infantil. Éstos demuestran que entre 1996 y el año 2000, la desnutrición crónica se ha incrementado llegando a niveles tan dramáticos como el 75 y 80% del total de niños menores de 5 años. La misma encuesta comprobó que el 50% de los niños examinados tenía anemia, siendo de 71% en el Cusco, 63% en Tacna y 62% en Puno.

Según la ENDES 2000, el déficit de talla en mujeres en edad fértil es de 13.2% (indicador de desnutrición crónica), lo que significa un ligero descenso con respecto a 1996; pero la situación empeoró en los quintiles más pobres. Igual se puede decir respecto de la anemia en este grupo poblacional, que alcanzó el 32% del total de mujeres examinadas.

ELEVADA DESNUTRICIÓN INFANTIL Y MATERNA



3. ELEVADA MORTALIDAD INFANTIL Y MATERNA

En 1996, la tasa de mortalidad para niños menores de 5 años fue de 59 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil de 43 por mil nacidos vivos. Ello significó 36,600 y 26,800 defunciones anuales, respectivamente. Al igual que para la mortalidad general, se observan grandes diferencias al interior del país: mientras que en Lima estas tasas fueron de 31 y 26 por mil nacidos vivos respectivamente, en Huancavelica fueron de 145 y 109. El 58% del total de muertes infantiles ocurre en el ámbito rural.

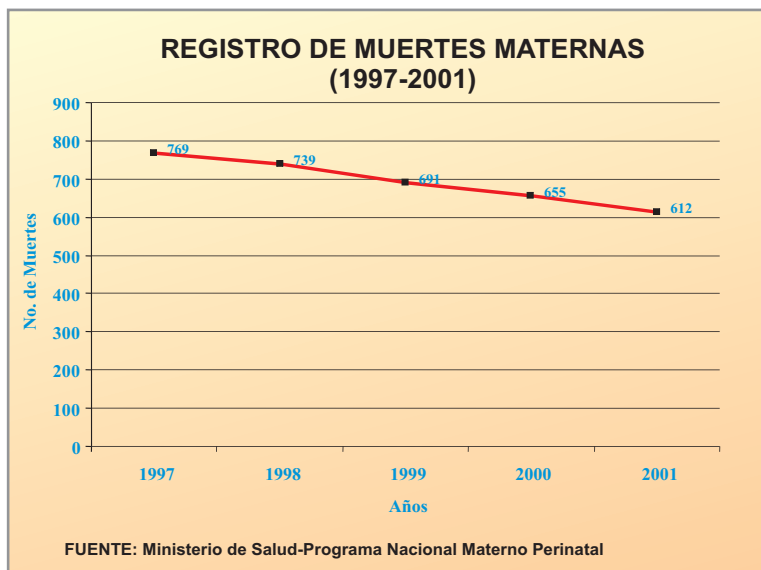
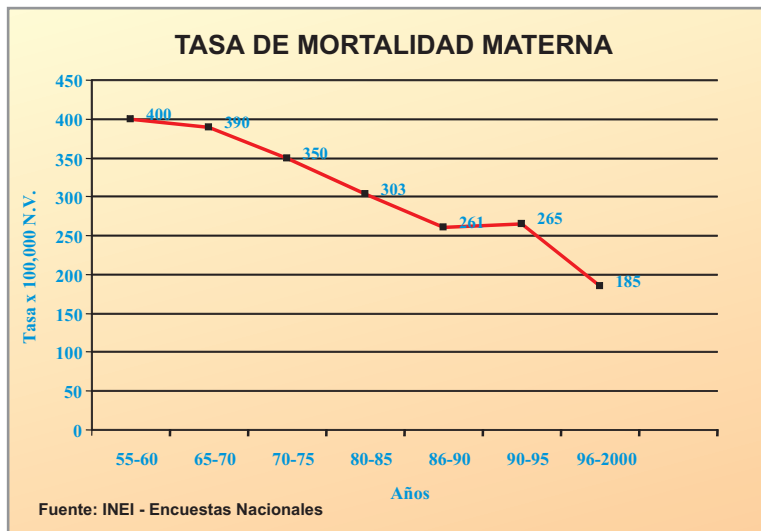
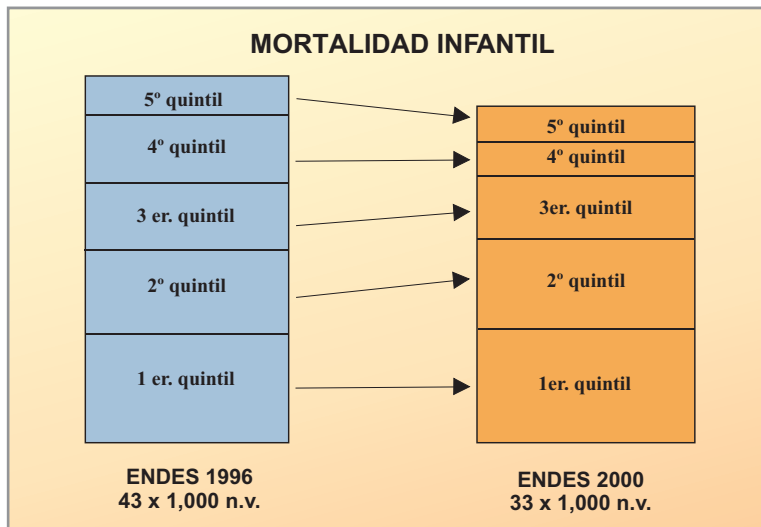
Según la ENDES 2000, el promedio nacional de mortalidad infantil se redujo a 33 por mil nacidos vivos, 10 puntos por debajo de lo que fue en 1996. Sin embargo, en los quintiles de menores ingresos, la mortalidad infantil se incrementó en los últimos 4 años, lo que significa que el promedio nacional mejoró sólo porque la mortalidad infantil descendió significativamente en los quintiles de mayores ingresos. Ésta es una de las muestras más evidentes del incremento de la desigualdad social y sus consecuencias en la salud.

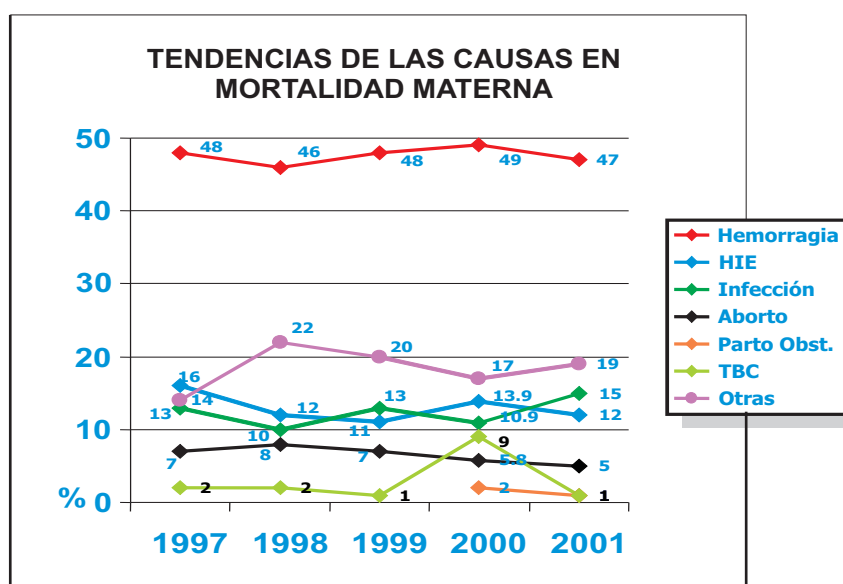
La tasa de mortalidad infantil en Perú es una de las más altas de América Latina, sólo superada por la de República Dominicana, Nicaragua, Bolivia y Haití, países que tienen un ingreso per cápita bastante menor que el de Perú. Todos los países que tienen un ingreso per cápita similar al de Perú tienen tasas de mortalidad infantil menores: la mitad en Colombia, tres veces menos en Costa Rica y cuatro veces menos en Cuba.

La mortalidad materna es uno de los indicadores que en las últimas décadas se redujo de 400 a 185 x 100,000 nacidos vivos en el país (la última cifra corresponde al año 2000, Endes). A pesar de ello es una de las más altas de América Latina. Las principales causas de mortalidad materna son las siguientes:

- 1.- Hemorragia (47%)
- 2.- Otras (19%)
- 3.- Infección (15%)
- 4.- Hipertensión Inducida por el Embarazo (12%)
- 5.- Aborto (5%)
- 6.- TBC(1%)
- 7.- Parto Obstruido (1%)

(Cifras: Ministerio de Salud 2001).





FUENTE: Ministerio de Salud-Programa Nacional Materno Perinatal

Existe una gran diferencia entre el número de muertes que ocurren en el ámbito urbano (203) y el ámbito rural (448) (cifras del año 2000); hay una inversión en comparación a la proporción entre las poblaciones urbana y rural. Durante el año 2001 se registraron un total de 612 muertes maternas.

La probabilidad de morir por causas maternas es dos veces mayor para las mujeres del área rural que para las mujeres del área urbana.

Aquellos países con similar ingreso per cápita que el Perú tienen tasas de mortalidad materna mucho menores: la cuarta parte en Colombia, la quinta parte en Costa Rica y Cuba.

4. REDUCIDA COBERTURA Y AUMENTO DE LA EXCLUSIÓN

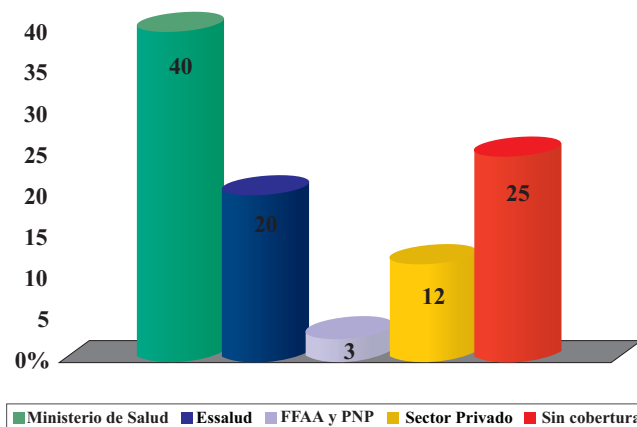
Subsisten importantes barreras al acceso de la población a los servicios de salud, así como para ejercer plenamente el derecho a la salud. Aproximadamente un 20% de la población del país tiene posibilidades de acceder a los servicios del seguro social, sólo el 12% accede a los servicios privados y 3% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y de la Policía Nacional del Perú (PNP). El otro 65% depende de los servicios públicos de salud y se estima que un 25% del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud. Entre las barreras que impiden o limitan dicho acceso se encuentran:

a) Barreras económicas

Existen importantes barreras económicas que limitan el acceso a los servicios de salud. El 49% de las personas que en 1999 no pudieron acceder a un servicio de salud, explicaron que la causa fue económica (1). El gobierno de la década del 90 planteó el “autofinanciamiento” de los servicios por los usuarios. La existencia de tarifas, incluso las más bajas, hacen inaccesibles los servicios de salud para las familias que viven en el marco de una economía campesina o que se encuentran en desempleo o subempleo. A esto se añade el costo de otros componentes de la consulta como son los exámenes auxiliares o los medicamentos. Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 1998 el costo total de una consulta promedio se compone del costo de la tarifa (12%), los exámenes auxiliares (13%) y los medicamentos (75%).

1 Encuesta Nacional de Hogares - ENAH 1999, INEI. Julio 2000.

COBERTURA DE SALUD Institucionalizada estimada % Población



Fuentes: Publicaciones diversas

Pero además el usuario valoriza el transporte, el tiempo y los ingresos que se dejan de percibir por asistir a una consulta.

Al comparar las ENAHO se encuentra que la falta de recursos económicos fue una barrera en el acceso en el 40.4% de quienes no pudieron acceder a un servicio en el año 1998, lo cual subió a 49.4% en el año 1999.

b) Barreras geográficas

Aún no se logra cubrir íntegramente la demanda del territorio nacional pese al incremento de la oferta de servicios en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud. La existencia de muchas zonas del país donde predominan poblaciones dispersas es un factor importante de inaccesibilidad geográfica a los servicios. Esta situación se agrava con relación a los centros de salud y hospitales locales de mayor capacidad resolutive, que por lo general se encuentran a considerable distancia de los poblados o comunidades rurales. Las dificultades de comunicación y transporte básico son factores adicionales que configuran esta barrera geográfica para el acceso a los servicios de salud, especialmente en zonas rurales. De acuerdo a la ENAHO 1999, aproximadamente el 8% de las personas enfermas que no pudieron acceder a los servicios de salud no lo hicieron por esta razón.

c) Barreras culturales

Nuestro país se caracteriza por su gran diversidad cultural. Ésta se ve reflejada también en las diferentes percepciones del proceso salud-enfermedad y en la relación entre la vida y la muerte. Aunque el accionar de salud en las últimas décadas se ha desplegado bajo el marco declarativo de la participación comunitaria, los equipos de salud han desarrollado muy limitadamente sus capacidades para comprender cómo la población entiende su relación con la vida, la salud, el desarrollo familiar y comunal. Estudios cualitativos desarrollados en algunos de los departamentos más pobres del país evidencian que los pobladores de las comunidades y el personal de salud tienen ideas muy diferentes sobre qué es lo normal y en qué casos se requiere la intervención de personal de salud capacitado.

Uno de los campos donde se notan diferentes concepciones culturales es el relativo al embarazo, parto y puerperio. Esto se evidencia, por ejemplo, en que “en las zonas rurales aproximadamente el 50% de las gestantes acuden al control prenatal en los establecimientos de salud, pero sólo el 21.3% se atiende el parto Con personal de dichos establecimientos”(2). Hay signos de una desconfianza grande respecto del personal de los centros y puestos de salud, así como de las técnicas empleadas durante el parto. Otro campo de diferencias es la complementariedad con la medicina tradicional, en general poco aceptada por los servicios públicos de salud.

d) Barreras por la conducta de los prestadores de Salud

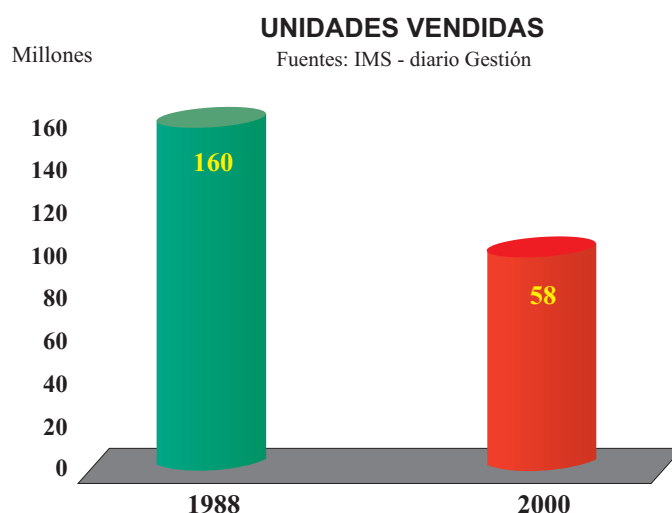
Al inicio de esta gestión se estableció de inmediato un mecanismo para captar la percepción de la población respecto de la valoración de los servicios recibidos de los distintos prestadores de salud.

Las dos primeras causas referidas por los usuarios como insatisfacción por lo recibido: maltrato y/o tratamiento inadecuado, con agravamiento de la condición que les llevó a buscar la atención de un determinado servicio, suman el 55 % del total de quejas sobre los servicios de salud en general.

En diferentes encuestas realizadas por organizaciones sociales durante los años previos, se aprecian resultados similares.

5. LIMITADO ACCESO A LOS MEDICAMENTOS

La enorme reducción del acceso de la población peruana a los medicamentos se expresa en que en 1988 se vendieron 160 millones de unidades de farmacia y en el año 2000 se vendieron únicamente 58 millones de unidades. De igual manera, en 1988 se vendieron 7.75 unidades de farmacia por cada persona, mientras que en el año 2000 se redujo a 2.26 unidades por persona.



La principal razón de esta contracción en el consumo de medicamentos es el costo, lo cual implica una mayor marginación de los sectores más pobres de la población.

2 ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR (ENDES 1996), INEI.
Peso relativo de los medicamentos en los costos de los servicios de salud.

La Encuesta Nacional de Hogares de 1998 determinó que del total del costo de una atención médica, en promedio el 70% correspondía a la compra de medicamentos. De acuerdo con la ENAHO de 1999, dicho porcentaje subió a 75% del total del costo de la atención médica, lo que marca una tendencia ascendente del total del costo de la atención médica, lo que marca una tendencia ascendente del peso relativo de los medicamentos en los costos de los servicios de salud.

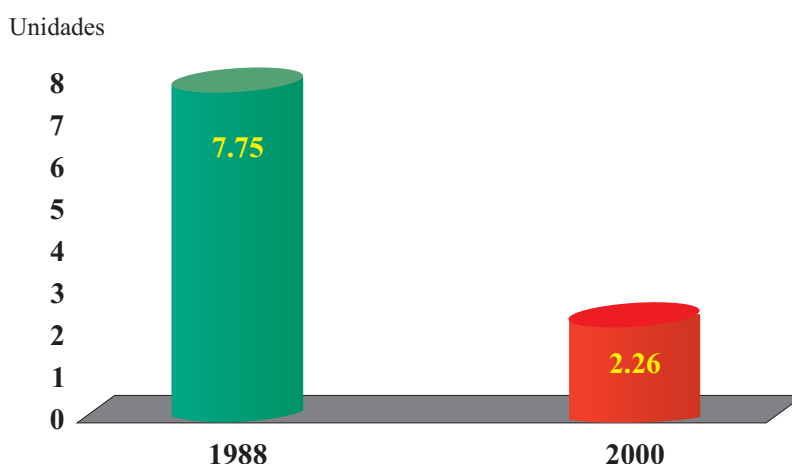
Los principales nudos críticos en medicamentos son:

- **Accesibilidad:**

La población tiene acceso limitado a los medicamentos. Por ejemplo, en el año 97 solamente el 50% de la población enferma pudo comprar medicamentos y en el área rural solamente 39% (Encuesta Nacional de Niveles de Vida 1997) (3). Solamente el 45% de los pacientes del Ministerio de Salud adquirió la totalidad de medicinas. Todo esto debido a los precios elevados, a la limitada capacidad adquisitiva y a los bajos niveles de subsidio.

UNIDADES DE MEDICAMENTOS POR PERSONA

Fuentes: IMS - Diario Gestión



- **Calidad:**

Aumento significativo de productos farmacéuticos (11,000 productos en 1999) debido a una extrema flexibilización del registro sanitario: registro automático y bajo costo de los trámites. Sólo 7 de 338 laboratorios han sido certificados en buenas prácticas de farmacia. A ello se sumaba la apertura de establecimientos farmacéuticos sin previa evaluación técnica, la evaluación limitada de la calidad realizada por el organismo regulador (Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, DIGEMID), el incremento del comercio informal y de la falsificación de medicamentos.

- **Selección y uso racional de medicamentos:**

La oferta de medicinas no se ajusta a las necesidades de la población. Existe una alta frecuencia de automedicación y libre dispensación de productos que requieren receta médica, así como la prescripción de medicamentos que no se ajustan a los protocolos.

- **Regulación:**

Falta de una política nacional de medicamentos, una normatividad inadecuada e insuficiente.

3 ENNIV 1997

6. AUSENCIA DE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

El problema de gestión más importante es el referente a los recursos humanos. La clave de toda política social no la constituyen los procedimientos, metodologías y sistemas operativos, sino los recursos humanos que sean capaces de formularlos y ejecutarlos. En este terreno la política aplicada durante la década pasada no ha tenido una propuesta clara desde el principio. Ha oscilado entre una propuesta liberal a ultranza (de licenciamiento de una gran cantidad de recursos humanos del Ministerio de Salud) y la contratación flexible de personal en el mercado de trabajo, y otra propuesta de reconversión de los recursos humanos existentes mediante la capacitación y selección en el propio trabajo.

Una expresión muy clara de ello fue la incorporación de 10,806 trabajadores (médicos, profesionales no médicos y técnicos) en el Programa de Salud Básica Para Todos entre 1994 y 1997 (4), para que trabajaran en los establecimientos de primer nivel por contratos renovables de 90 días, sin derecho a vacaciones ni a beneficios sociales. Esto significa que aproximadamente la sexta parte de los recursos humanos del Ministerio de Salud ya se encuentran dentro de un desincentivador régimen de flexibilidad laboral extrema.

En realidad, como fue exhaustivamente analizado en la Reunión de OPS sobre Recursos Humanos en Marzo de 1998 (5), todas las experiencias de reforma sanitaria en curso en los diversos países del continente carecen de una propuesta coherente sobre el tema de los recursos humanos. La propuesta implícita habría sido que el mercado proveería las personas necesarias para el proceso, pero no ha sucedido así. Al contrario, ahora se advierten los enormes riesgos de tal propuesta, como lo dice una de las resoluciones de dicha Reunión de OPS (6):

“La flexibilización es un elemento insoslayable del escenario de las reformas sectoriales. Tiene posibilidades y también riesgos. Pareciera que su introducción acrítica y vertical entrañará más riesgos que beneficios. En un escenario sectorial como el de la Región, que en muchos casos, no ha podido superar defectos y limitaciones estructurales, la flexibilidad extrema con su secuela de inestabilidad laboral, precarización del trabajo y deterioro de condiciones básicas para el desempeño, no contribuirá a los cambios positivos en los servicios, pudiendo, por el contrario, agravar los problemas ya existentes.”

En el caso peruano, parece que en la década pasada existió la intención política de proceder a un licenciamiento masivo, el mismo que no se produjo en mayor cantidad al efectuado por falta de financiamiento para la compra de renuncias. Y se optó por priorizar la reconversión de los recursos humanos a través de la capacitación, con dos orientaciones:

- a) **Capacitación en gestión de la Reforma:** que constituía lo nuevo, orientado principalmente al personal de conducción de las Direcciones Regionales o Sub-Regionales, directivos de hospitales y representantes de redes de establecimientos de primer nivel.
- b) **Capacitación en programas del PSBT:** forma parte de lo que ya existía desde años anteriores, orientado a personal profesional y técnico que tiene a su cargo la operativización de los programas preventivo-promocionales del Programa de Salud Básica para Todos (PSBT).

Sigue pendiente una definición global con relación a los recursos humanos que debe basarse en los principios de: 1) promoción por sistema de méritos; 2) remuneraciones idóneas; y 3) fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización.

4 PSBT. Memoria 1994-1997. MINSA, 1998.

5 y 6 OPS. Recursos Humanos: Un Factor Crítico de la Reforma Sectorial en Salud, Reunión Regional de OPS (Costa Rica, Marzo 98). OPS, 1998.

En 1996 el sector salud contaba con 121,224 puestos laborales, distribuidos en 472 hospitales, 1,849 centros de salud, 4,868 puestos de salud y 117 otras dependencias (7). El componente profesional cubre el 48% de los puestos laborales.

El Ministerio de Salud es el principal empleador del sector salud. Sin embargo, el mayor crecimiento de puestos laborales se ha producido en la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (156%) y en el subsector privado (139%). En el Seguro Social de Salud (EsSalud) y en el MINSA los aumentos han sido menores, 30 y 68% respectivamente. Los puestos laborales han estado concentrados en los hospitales. Sin embargo ha ocurrido un incremento de puestos en los servicios del primer nivel de atención, en 1996 aumentó en 200% y en 1999 en 314% (Ricse 2000, World Bank 1999).

En el mes de agosto del 2001, los problemas más importantes para el desarrollo de recursos humanos y profesionalización de la administración eran:

- El crecimiento no planificado de la formación del personal de salud. El sector carecía de una Unidad especializada en el planeamiento y el desarrollo de los Recursos Humanos y de un sistema integrado de información de los recursos humanos.
- Una débil regulación y acreditación de la idoneidad de los profesionales médicos egresados donde se observa un crecimiento desmesurado de Facultades de Medicina (hay 28 Facultades). Tampoco el sector ha tenido mayor participación en la calificación de los profesionales médicos en actividad (Certificación profesional).
- Existe una tendencia a la sobreespecialización de los profesionales médicos. Sin embargo, especialidades como la anestesiología y otras necesarias para atender patologías regionales no son favorecidas. Además, existe poco interés en formar médicos generales integrales y enfermeras generales que se requieren en el primer y segundo nivel de atención.
- Un Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, sin recursos suficientes, no cumple adecuadamente la función de vincular la práctica de los profesionales jóvenes con las necesidades de salud de la población.
- Una limitada formación y capacitación de los equipos de salud a distancia.

7. SEGMENTACIÓN E IRRACIONALIDAD EN EL SECTOR

La segmentación de los prestadores de servicios que impide articular eficazmente las acciones de salud es causa de duplicidades e ineficiencia y dificulta el rol rector del MINSA. Así también, esta segmentación es aliada del centralismo existente, pues la descentralización es imposible sin una adecuada coordinación de los niveles de atención y de organización en el nivel local, regional y nacional.

En general, hay una gran desarticulación y duplicidad de funciones entre diversos órganos estatales (Promudeh, Ministerio de la Presidencia, Ministerio de Defensa, Ministerio del Interior, Ministerio de Salud, ESSALUD), no existiendo suficientes instancias de coordinación y planeamiento intersectorial. En este contexto el Ministerio de Salud no ha cumplido durante décadas un rol de liderazgo en la formulación de políticas de salud intersectoriales.

Los Sub-sectores Ministerio de Salud, Sanidad de las FFAA y PNP, Essalud y el sector privado (de lucro y social) han sido en gran medida compartimentos estancos.

Existe una gran desproporción entre los recursos y las responsabilidades que tienen los diferentes sub-sectores, como por ejemplo:

7 Ministerio de Salud/Oficina de Estadística e Informática.1996
Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos. Oficina de Estadística e Informática. Lima: MINSA.

- a) El Ministerio de Salud, con un gasto per cápita de US\$ 28 anuales, asume el 65% de las hospitalizaciones y el 44% de las atenciones ambulatorias a nivel nacional; y el 81% de las hospitalizaciones y 60% de las atenciones ambulatorias en las zonas rurales.
- b) Essalud, con un gasto per cápita de US\$ 105 anuales, asume el 23% de las hospitalizaciones y el 18% de las atenciones ambulatorias a nivel nacional; y el 12% de las hospitalizaciones y el 5% de las atenciones ambulatorias en las zonas rurales.
- c) Las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales asumen el 2% de las hospitalizaciones y el 2% de las atenciones ambulatorias a nivel nacional; y el 0% de las hospitalizaciones y el 1% de las atenciones ambulatorias en las zonas rurales.⁽⁸⁾
- d) El sector privado asume el 9% de las hospitalizaciones y el 36% de las atenciones ambulatorias a nivel nacional; y el 7% de las hospitalizaciones y 34% de las atenciones ambulatorias en las zonas rurales. Debe tenerse en cuenta que por lo menos el 50% de las atenciones ambulatorias del sub-sector privado corresponde a farmacias (principalmente en zonas urbanas) a curanderos y a agentes comunitarios de salud (principalmente en zonas rurales). La participación del sector privado de proyección social y humanitaria (ONGs, Iglesias) no está adecuadamente valorado y sistematizado.
- e) En 1994, el MINSA atendió al 13% de la población asegurada en Essalud y al 10% de la población con seguro privado.⁽⁹⁾

Existe una distribución de establecimientos y recursos humanos con criterios de priorización exclusivamente de cada sub-sector, lo cual lleva a formas diferentes y contradictorias de organización regional y local.

Existe un cierto divorcio entre la organización del sub-sector MINSA y la organización política del país a nivel de regiones, departamentos, provincias y distritos.

8. DESORDEN ADMINISTRATIVO Y AUSENCIA DE LIDERAZGO DEL MINISTERIO DE SALUD

Durante la década pasada el Ministerio de Salud no ejerció liderazgo en el sector salud, contribuyendo así a que se mantuviera la fragmentación intrasectorial.

Su organización interna estuvo debilitada por la presencia de programas y proyectos financiados con cooperación externa que actuaban paralelamente a las estructuras formales de dirección, planificación y administración del nivel central y de las direcciones regionales.

Había una fragmentación de las intervenciones en salud por la existencia de 13 programas verticales, la mayoría con financiamiento propio, con muy escasa eficacia y marcada ineficiencia. Existía una muy escasa inversión en promoción de la salud y prevención de enfermedades.

A ello se añadió la existencia de casos de corrupción, que vienen siendo investigados y frente a los cuales se están tomando las medidas correctivas de acuerdo a ley.

9. FINANCIAMIENTO INSUFICIENTE E INEQUITATIVO

El gasto público en salud en la década pasada cambió de US\$ 152 millones en 1990 a US\$ 203 millones en 1992, US\$ 421 en 1995 y US\$ 502 millones en 1998, reduciéndose a US\$ 427 millones en 1999.

El gasto total del Ministerio de Salud (incluyendo las Regiones de Salud financiadas por el Ministerio de la Presidencia (MIPRE) y los Comités Transitorios de Administración Regional (CTAR)), representó el 6.3% del presupuesto en 1992, subió al 9.7% en 1996, bajó al 7% en 1997 y al 6.9% en 1999.

⁸ Task Forces-Salud. Agenda para la primera década. Instituto Apoyo, p.14, 1999.

⁹ OPS, 1998.

GASTOS EN SALUD (PUBLICO Y PRIVADO) 1997-1998*

EL RETO DEL SISTEMA DE SALUD	REGIÓN PANAMERICANA	Total (% PBI)	Per Cápita (US \$)	Privado (% del total)
	Bolivia	4.99	51 (9)	30
	Chile	5.98	297 (3)	52
	Colombia	8.15	184 (5) ?	45
	Costa Rica	8.89	239 (4)	25
	Ecuador	4.55	71 (8)	45
	Paraguay	7.50	143 (6)	65
	Perú	4.86	100 (7)	50
	Uruguay	4.77	603 (1)	66
	Venezuela	9.68	345 (2) ?	70
	Promedio Regional	7.67	392	58

* Rev Panam Salud Pública OPS, 8 (1/2) P 74-78, 2000

Pese al incremento del gasto en salud respecto de los primeros años de la década del 90, se constata una distribución regresiva del financiamiento en salud y una gestión poco eficiente del gasto público. De acuerdo con el estudio realizado por la firma Macroconsult para el Ministerio de Salud en 1997, el 13% del gasto corriente se destinaba a las unidades administrativas, el 54% a los hospitales (que sólo atienden el 30% de la demanda) y el 33% a los centros y puestos de salud (que atienden el 70% de la demanda cotidiana). De la misma manera, todos los estudios desde 1996 demuestran que el gasto público en salud no se concentra en los departamentos con mayores necesidades ni en los grupos más pobres de la población.

La distribución del subsidio público por cuartiles revela que el cuartil 1 (el más pobre) recibe el 20.2% del subsidio, el cuartil 2 el 31.6%, el cuartil 3 el 26.6% y el cuartil 4 (el más rico) recibe el 21.6%.

El financiamiento del Seguro Escolar y del Seguro Materno Infantil, declarados prioritarios por las autoridades de años anteriores, sólo alcanzó a unos 90 millones de soles anuales, es decir, escasamente el 5% del Presupuesto del Ministerio de Salud.

De acuerdo al informe de la OPS, el Perú es uno de los Países de la región panamericana que menos invierte en salud con sólo el 4.8% de su PBI, cifra que se encuentra más cerca de los países con menos gasto como Ecuador que destina 4.5% de su PBI, que de los países con mayor inversión como Venezuela que gasta 9.5% de su PBI.

En el Perú, el gasto per capita en salud es de US\$ 100, cifra que está más cercana a los US\$ 51 de Bolivia que a los US\$ 603 de Uruguay. Igualmente, la inversión privada es el 50% del total en tanto que en Venezuela el sector privado contribuye con un 70% y en Costa Rica aporta un 25%.

Los problemas de financiamiento que todavía persisten son: la privatización del gasto entendido como gasto directo de las familias, el aumento de la desigualdad en el acceso y la vulnerabilidad de los gastos focalizados para los más pobres.

El gasto total en salud representa el 4.86% del PBI, con la siguiente participación: los hogares aportan el 38% de ese gasto (10), los empleadores 34% y el gobierno el 24%.

Los hogares invierten más del 80% en atención privada: el 55% de sus ingresos en farmacia y el 30% en atención privada. (11)

10 Cuentas Nacionales en Salud. Perú: 1995-1998. MINSA - Organización Panamericana de la Salud. Lima. Abril 2001.

11 Iguíñez, Javier. Democratización de la Salud. La deuda pendiente. En Deuda Externa y Políticas de Salud. Centro de Estudios y Publicaciones (CEP). Lima. Perú. Julio 2001.

Las brechas de financiamiento de salud siguen siendo grandes. El PBI para salud es deficitario en comparación con otros países latinoamericanos aún con menores recursos que Perú. El déficit estimado para 1997 está entre 1.4 y 3.2% del PBI.

El gasto per cápita en salud para 1997 era equivalente a 90 dólares que es aproximadamente la mitad del gasto en Latinoamérica (Banco Mundial 1999).⁽¹²⁾

A todo lo anterior se añade una canalización de recursos de la cooperación internacional sin coherencia con las prioridades y necesidades del país en salud pública, como consecuencia de la falta de una propuesta de lineamientos estratégicos por parte del Ministerio de Salud que sirvan de referente para la articulación de los valiosos recursos que países solidarios e instituciones internacionales destinan hacia el Perú.

10. LIMITADA PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y PROMOCIÓN DE LA MISMA

No había un reconocimiento oficial de las experiencias de participación ciudadana y movilización de actores locales, como por ejemplo los Comités Locales de Salud, las Mesas de Concertación de Salud, Comités de Coordinación de Salud en muchos distritos y provincias del país. Éste es un aspecto central en un proceso de democratización y transparencia, por cuanto es la garantía de un compromiso de la sociedad en la identificación de los problemas, en la propuesta de soluciones, en la gestión de los servicios y en la fiscalización de los mismos.

En el caso de salud pueden recogerse las experiencias de los Comités de Salud y agentes comunitarios de salud, hasta las recientes experiencias de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS). Sólo con el invalorable aporte de la ciudadanía se conseguirá que este proceso sea realmente descentralizado, democrático y justo.

11. ANÁLISIS DE LAS FORTALEZAS, OPORTUNIDADES, DEBILIDADES Y AMENAZAS.

El análisis de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, nos muestra la siguiente situación:

a) Fortalezas

- Servicios públicos de salud con amplia cobertura nacional, mejorados en su capacidad operativa, incorporando a la comunidad organizada en la gestión de salud y dentro del enfoque general de desarrollo del país.
- Fortalecimiento del modelo de aseguramiento con recursos públicos, que incluya a la población excluida de los servicios de salud.
- Capacidad de generación de nuevos modelos de financiamiento con apoyo de la Cooperación Técnica Internacional, que mejoren la atención de la salud y gestión sanitaria.
- Nuevos funcionarios con amplia experiencia y capacidad de gestión, comprometidos con las nuevas políticas del sector.
- Capacidad de respuesta para el control de epidemias y emergencias.
- Abundante información técnica, de investigación y de gestión de salud.
- Influencia sobre el mercado de salud por el volumen de recursos que administra.

12 Banco Mundial, (1999), *Improving Health Care for the Poor*. Washington, D.C. : The World Bank.

- Capacidad instalada de informática y telecomunicaciones.
- Vigilancia ciudadana.
- Infosalud.
- Abordaje de la salud intercultural, para lo cual se desarrollará el Centro Nacional de Salud Intercultural.

b) Oportunidades

- La Salud ha sido colocada en los primeros lugares de la agenda política y pública del país.
- Un proceso de diálogo para un acuerdo nacional, donde la salud es parte de las políticas de largo plazo construidas por consenso nacional.
- Asumir la conducción y rectoría del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- La cooperación técnica y financiera dispuesta a invertir en el sector, de acuerdo a las necesidades de la población.
- Consenso político sobre la necesidad de descentralización.
- Creciente consideración de la salud como inversión y no sólo como gasto.
- La ampliación del aseguramiento permitiría una mejor focalización del gasto, dirigiéndola a la población excluida de atención en los servicios de salud.

c) Debilidades

- Modelo de atención que privilegia la recuperación de los daños en desmedro de la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de riesgos y daños sobre las personas y el medio ambiente.
- Poco desarrollo del rol rector y conductor del Ministerio de Salud sobre el subsector privado y otros sectores vinculados: difusión, aplicación de normas y capacidad de sanción.
- Insuficiente sostenibilidad de la inversión en salud.
- Divorcio entre los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR) y las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS), debido a la dependencia de estas últimas en términos funcionales del Ministerio de salud, y administrativa y económicamente del Ministerio de la Presidencia.
- Cultura organizacional burocrática: centralismo, verticalidad, operación no cooperativa y control de la información.
- Ausencia de una política de desarrollo de recursos humanos, lo que lleva a la poca identificación de los trabajadores con el sector.
- Incongruencia entre categoría de establecimientos y su capacidad resolutive.
- Organización de servicios que impide el desarrollo de los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- No se ha reglamentado la Ley General de Salud (de 1997).
- No se ha validado la eficacia, ni incorporado debidamente la medicina tradicional en el modelo de atención.
- Los establecimientos de salud carecen de los mecanismos para cuantificar las exoneraciones e identificar apropiadamente a los beneficiarios de las mismas.
- Existen múltiples sistemas de información que se encuentran desarticulados y subutilizados.
- Subutilización de la capacidad instalada de informática y telecomunicaciones.

d) Amenazas

- Marco jurídico que limita el desarrollo de nuevas modalidades de atención, tanto públicas como privadas, que beneficiarían a la población.
- Organización sectorial fragmentada entre los prestadores de salud.
- Desarticulación entre el desarrollo de los sectores productivos y los riesgos que provocan en la salud de las personas y del medio ambiente.
- La falta de incremento de los presupuestos de salud afectarían a la población excluida que se pretende integrar a los servicios de salud.
- Proceso de urbanización desordenado y acelerado que crea nuevos problemas vinculados a los estilos de vida de las grandes urbes y que genera contaminación ambiental creciente y deterioro del ambiente.
- Envejecimiento demográfico intensificándose, con el consiguiente impacto negativo en la PEA (en especial en la rural), la seguridad social y el gasto en salud.

Capítulo Segundo

**Visión, Misión y Principios
Básicos de la Política de Salud**

II. VISIÓN, MISIÓN Y PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA POLÍTICA DE SALUD PARA EL PERIODO 2002-2012

1. VISIÓN

A mediados de la década 2010 - 2020, la salud de todas las personas del país será expresión de un sustantivo desarrollo socioeconómico, del fortalecimiento de la democracia, de los derechos y responsabilidades ciudadanas basados en la ampliación de fuentes de trabajo estable y formal con mejoramiento de los ingresos, en la educación en valores orientados hacia la persona y una cultura de solidaridad, así como en el establecimiento de mecanismos equitativos de accesibilidad a los servicios de salud mediante un sistema nacional coordinado y descentralizado de salud, y desarrollando una política nacional de salud que recoja e integre los aportes de la medicina tradicional y de las diversas manifestaciones culturales de nuestra población.

2. MISIÓN

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

3. PRINCIPIOS BÁSICOS

Los principios orientadores de la Política de Salud para enfrentar los problemas analizados tanto de la salud, como los del sector, que son expresión de respeto a la persona para los próximos 10 años, son:

3.1 La solidaridad es el camino

La Política de Salud promueve la solidaridad del conjunto de la sociedad con los sectores más empobrecidos. Alienta todas aquellas acciones que contemplen el beneficio colectivo del mayor número posible de habitantes procurando que la persona, para satisfacer sus intereses, promueva el bienestar de sus semejantes. Se trata de contrarrestar el utilitarismo predominante en la sociedad y disminuir las actitudes egoístas y las prácticas antisolidarias.

Mediante este principio fundamental, la sociedad en conjunto asume la responsabilidad de cubrir las necesidades y facilitar el acceso de la población de escasos recursos a los servicios de salud. Asimismo, este principio garantiza que los servicios de salud de la seguridad social tengan igual cobertura y calidad para los usuarios, independientemente del volumen de sus aportaciones.

3.2 La universalización del acceso a la salud es nuestra legítima aspiración

Se trata de asegurar una cobertura real de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención a toda la población, haciendo que los servicios satisfagan las condiciones de accesibilidad económica, geográfica y cultural para todos los habitantes; asegurando la disponibilidad y la suficiencia de los recursos físicos, humanos y financieros, así como la aceptación del servicio por parte de la población y la continuidad de las acciones.

3.3 La familia es la unidad básica de salud con la cual trabajar

Es al interior de la Familia donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo y a su vez el ámbito por excelencia donde encontramos diferentes accesos para que una Cultura de la Salud se impregne en todos sus integrantes. En el seno familiar se inicia el cultivo de valores formando a la persona a favor de la salud y la vida, los que luego son modelados y reforzados en la escuela, permitiendo articular sus fortalezas en beneficio de la sociedad; los paradigmas sembrados en la niñez desde los padres y las enseñanzas que los primeros traen de la escuela para impregnar en sus progenitores, son una sumatoria de esfuerzos que facilita que surja en la Familia un nuevo estilo de vida saludable.

3.4 La integridad de la persona y de la atención se corresponden

Afirmamos la necesidad de Integridad en el modelo de atención, en el sistema de salud y en el cuidado de la salud. En el primer caso implica comprender a la persona como un todo, que permite entender integralmente el proceso de salud-enfermedad; en el segundo caso significa integrar los subsectores públicos y el subsector privado; y en el tercer caso nos compromete a integrar los aspectos preventivo-promocionales con los asistenciales-curativos y a reconocer a la persona en sus entornos básicos: la familia, la comunidad y la ciudadanía (y no a la enfermedad) como centro del sistema de cuidado de la salud.

3.5 La eficacia y la eficiencia son exigencias irrenunciables

Avanzamos hacia un sector salud eficaz en el cumplimiento de sus objetivos y eficiente en el uso de los recursos públicos y privados. Además de la mejora de los procesos técnicos en la producción de bienes públicos y servicios de salud se necesita progresar en la racionalidad de la asignación del gasto y los procesos de focalización del mismo. La preocupación por la eficacia y la eficiencia estará presente en todo el proceso de descentralización de los servicios de salud.

Para lograr un sistema eficaz y eficiente se diferencian las funciones de gobierno (normativa y de conducción sectorial), de financiamiento y de prestación de los servicios. La función de gobierno es propia del nivel central del Ministerio de Salud y de las Direcciones de Salud (DISAS) en su ámbito sub-nacional. La función de financiamiento es compartida por el Ministerio de Salud, el Seguro Social, las sanidades de las fuerzas armadas y policiales, el sector privado y también la cooperación técnica internacional. Y la función prestadora es asumida por los hospitales y los establecimientos de primer y segundo nivel organizados en redes y micro-redes de servicios.

3.6 La calidad de la atención es un derecho ciudadano

La Política de Salud promueve servicios donde la atención tenga como eje la satisfacción de los usuarios y la protección de la dignidad personal, en tanto persona con derechos fundamentales e inalienables. Se busca desarrollar un trato solidario con la población que ponga el conocimiento y la tecnología al servicio de la salud integral y la satisfacción del usuario. Se mejorará la normatividad y las capacidades del personal de salud para el trato adecuado a las diferencias culturales propias de nuestro país, con respeto y responsabilidad. Se dará impulso al tratamiento eficaz que toma en cuenta la historia, el trabajo, la vida

cotidiana y las necesidades reales de quien demanda el servicio, garantizando el respeto a su dignidad y derechos fundamentales.

Una expresión de la calidad de los servicios de salud es la integridad de la atención. Las acciones de promoción, prevención y atención están dirigidas a la persona, a la familia y a la comunidad, y a su interrelación con el medio. La persona es considerada como un ser integral, con problemas reales y potenciales, poseedora de derechos que deben ser respetados y de obligaciones con la colectividad, que debe asumir de forma responsable.

La formación y capacitación de los recursos humanos para mejorar la comprensión y la comunicación en la relación proveedor-usuario, es indispensable para un mejor conocimiento, comprensión y respeto de las diferentes percepciones culturales que sobre el proceso salud-enfermedad existen en nuestra sociedad. La apertura a la medicina tradicional, tanto en las metas a alcanzar como en los indicadores de impacto de los cambios que se espera lograr en salud, serán una lógica consecuencia de lo anterior.

3.7 La equidad es un principio elemental de la justicia social

El principio de la equidad busca revertir la tendencia de ampliación de la brecha entre los sectores pobres y ricos de la sociedad. Esto significa priorizar acciones en favor de los sectores de más bajos recursos como expresión de un profundo sentido de solidaridad y justicia social. Parte de ello serán las políticas orientadas a promover un mejor estado nutricional de la población y la prevención de las enfermedades transmisibles más frecuentes. Asimismo, un compromiso de equidad es favorecer el acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones de menores ingresos mediante el Seguro Integral de Salud (SIS). Asimismo, se promoverá las mejores condiciones de complementariedad y corresponsabilidad equitativa entre varones y mujeres.

Para abordar los factores determinantes de la salud, se adaptarán continuamente las estrategias a la realidad social y cultural, asegurando que elimine las desigualdades en materia de salud.

Como consecuencia del derecho de las personas a la información y comprensión de la problemática de salud para una participación activa en el cuidado de la misma, se desarrollarán estrategias de información, educación y comunicación en los espacios individual, familiar y comunitario. Se adoptarán estrategias diferenciadas y complementarias en cada uno de esos espacios como forma de garantizar un compromiso responsable de cada peruano con su propia salud y con la del resto de la comunidad.

La interculturalidad en la gestión en salud permite la armonización de visiones diferentes, desarrollando la medicina tradicional como complementación de la medicina moderna a nivel nacional.

Capítulo Tercero

**Lineamientos Generales para
la Década**

III. LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA DÉCADA

A partir del análisis de los principales problemas de salud y del sector, el Ministerio de Salud propone al país Lineamientos Generales que orienten las políticas de salud en el período 2002 - 2012:

PROBLEMAS PRIORITARIOS	LINEAMIENTOS GENERALES 2002 - 2012
<ul style="list-style-type: none"> ● Deficiente salud ambiental, alta prevalencia de enfermedades transmisibles e incremento de las no transmisibles 	1. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> ● Elevada desnutrición infantil y materna 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Elevada mortalidad infantil y materna 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Reducida cobertura y aumento de la exclusión 	2. Atención integral mediante la extensión y Universalización del aseguramiento en salud (Seguro Integral de Salud-SIS, Essalud, otros)
<ul style="list-style-type: none"> ● Limitado acceso a los medicamentos 	3. Política de suministro y uso racional de los medicamentos. Política andina de medicamentos.
<ul style="list-style-type: none"> ● Ausencia de política de recursos humanos 	4. Política de gestión y desarrollo de recursos humanos con respeto y dignidad
<ul style="list-style-type: none"> ● Segmentación e irracionalidad en el sector salud 	5. Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
	6. Impulsar un nuevo modelo de atención integral de salud
<ul style="list-style-type: none"> ● Desorden administrativo y ausencia de rectoría del Ministerio de Salud 	7. Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial
<ul style="list-style-type: none"> ● Financiamiento insuficiente e inequitativo 	8. Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres de la sociedad
<ul style="list-style-type: none"> ● Limitada participación ciudadana y promoción de la misma 	9. Democratización de la salud

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

Convocamos a todos los sectores del país a promover la salud de los peruanos como un derecho inalienable de la persona humana y a crear una Cultura de la Salud. La Salud debe empezar a constituirse en un bien tangible que se debe cuidar y conservar y no solamente echar de menos cuando la perdemos. Si bien la promoción de la salud es una responsabilidad de todos los sectores del gobierno nacional y de los gobiernos locales, es una prioridad para el sector salud por su importancia en el desarrollo social y en el mejoramiento de los niveles de vida. La función normativa del Ministerio de Salud con relación a este tema contribuye a fortalecer su rol rector en todo el ámbito sectorial, fomentar el desarrollo tecnológico y la coordinación intersectorial. El Ministerio de Salud promueve estilos de vida saludables y el mayor bienestar de la persona humana, en coordinación con el sector Educación, los Gobiernos Locales, las organizaciones de la sociedad civil y la familia como unidad básica, con lo cual se garantizan estándares adecuados de salud para la comunidad.

Se requiere contar con un modelo de promoción de la salud que incorpore con mayor fuerza y decisión política el diálogo democrático en las relaciones del sector salud con la población y sus organizaciones representativas. Este modelo de promoción tendrá como objetivo central la revaloración de la salud integral. Esto implica una consideración especial a los aspectos sociales y preventivos de la salud. Es necesario reconocer las concepciones de salud de la población (procesos salud / enfermedad, culturas sanitarias) y la interacción entre el sistema de salud y la comunidad. Potenciar la capacidad de gestión de las personas y comunidades sobre la salud, así como participar y exigir servicios y espacios de atención y educación como un derecho, adecuados a las necesidades locales.

La Política de Salud se orienta a promover también una adecuada nutrición de los peruanos para reducir principalmente la desnutrición crónica infantil y la desnutrición materna en el largo plazo. Si bien esto depende en gran medida de logros en otros ámbitos como el empleo y los ingresos, al MINSA le corresponde controlar el estado nutricional de las personas y ejercer plenamente la rectoría en el tema nutricional. Se orientará la inversión para proteger integralmente el potencial del desarrollo humano de la población materna e infantil, con prioridad a madres gestantes, lactantes y niños de 6 a 24 meses a través de acciones integradas con un enfoque de salud y nutrición pública a nivel nacional. Se fortalecerá el componente nutricional en la atención de salud e institucionalización de los protocolos de atención en nutrición a nivel individual, familiar y comunitario e incorporación de programas preventivos y de atención de problemas crónicos como hipertensión arterial, obesidad, osteoporosis y diabetes, e incorporando acciones de Salud Mental de forma transversal en todo campo temático. Para ello, se necesita organizar racionalmente los programas existentes y orientarlos a las poblaciones más vulnerables.

Corresponde al sector salud impulsar la prevención de las enfermedades y mejorar radicalmente las condiciones de salud de la población durante esta década. Esto se debe expresar en la reducción drástica de la mortalidad infantil y materna; disminución de la alta prevalencia de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, malaria, y dengue. Asimismo, monitorearán los riesgos ambientales como la disposición final de residuos sólidos o la contaminación atmosférica y ambiental en ciudades como Lima-Callao, Arequipa, Trujillo, Ilo o La Oroya. Para ello se continuará desarrollando el sistema de vigilancia epidemiológica controlando, con base intersectorial, las enfermedades transmisibles de importancia regional y nacional.

1.1 Fomento de la buena nutrición para contribuir a la prevención de riesgos y daños nutricionales

El desarrollo humano es considerado el eje fundamental en el desarrollo de las naciones. Cada día surgen más investigaciones que demuestran que la adecuada nutrición en los diferentes ciclos de vida del individuo constituye uno de los factores básicos en el desarrollo humano. La alimentación durante los períodos de gestación, lactancia, así como en los primeros años de vida del ser humano resultan esenciales para

posibilitar el óptimo desarrollo de las potencialidades del individuo, las mismas que son indispensables para el mejoramiento de la productividad, crecimiento económico y desarrollo social sostenido.

Uno de los principales problemas nutricionales del país es el retardo en el crecimiento o desnutrición crónica. El mismo que afecta a uno de cada cuatro niños menores de 5 años (25.4% según la encuesta ENDES 2000). La situación es mucho más grave en el ámbito rural donde afecta a 4 de cada 10 niños y en este grupo los indicadores nos muestran que el problema se ha incrementado en los últimos años.

El deterioro se inicia a partir de los seis meses y se acumula significativamente hasta los 36 meses. Después de cumplir los dos años de edad resulta virtualmente imposible que los niños afectados de retardo en el crecimiento se recuperen y alcancen el potencial de crecimiento esperado, por lo que tendrán un talla baja toda su vida.

Asimismo, el retardo en el crecimiento deteriora la capacidad intelectual de los niños, limita la productividad en la vida adulta y aumenta las posibilidades de enfermedades crónicas (cardiovasculares, diabetes, etc.) lo que aumenta los costos en la atención de la salud de la población.

Una de las estrategias más desarrolladas a nivel nacional para mejorar los indicadores de alimentación y nutrición infantil, es la referida a la promoción de la lactancia materna. Como producto de la misma encontramos que se ha logrado incrementar la lactancia materna exclusiva a nivel nacional de 52.7% en 1996 a 67.2% en el 2000 (ENDES 2000). Pero aún se siguen manteniendo prácticas inadecuadas que pueden extenderse si no se fortalecen los programas que protejan y promuevan la lactancia materna óptima.

Uno de los mayores problemas en la alimentación infantil se inicia a los seis meses con la introducción de la alimentación complementaria, periodo en el cual las prácticas de alimentación son inadecuadas tanto en calidad, como en cantidad, consistencia y frecuencia. Esto se puede observar en las curvas de crecimiento en las cuales se ve que el peso y talla del niño empieza a alejarse de la curva de referencia a partir de los seis meses de edad hasta los dos años. Este retardo en el crecimiento y los daños ya establecidos no logran recuperarse posteriormente.

La reducción de la prevalencia de anemia en niños y mujeres en edad fértil es otra de las prioridades nutricionales de nuestro país; así, la anemia afecta al 50% de los niños menores de 5 años y al 31% de las mujeres en edad fértil según ENDES 2000. En los niños, la anemia afecta la capacidad física y cognitiva, lo que reduce el potencial intelectual y productivo en la vida adulta. En las mujeres gestantes contribuye a incrementar el riesgo de mortalidad materna y perinatal, así como el bajo peso al nacer.

Los problemas por deficiencia de yodo, si bien han sido controlados como problema de salud pública en 1998, requiere asegurar la sostenibilidad por su carácter fundamentalmente geoquímico, en sierra y selva.

En el plano intersectorial, Educación es el sector por excelencia para el trabajo de promoción de la salud, en la medida en que interviene en la formación de la niñez y la adolescencia, no sólo impartiendo contenidos sino desarrollando capacidades y recursos personales y psicosociales, así como actitudes de cuidado y autocuidado. La escuela es el espacio más adecuado para esta tarea, porque promueve estilos y ambientes generadores de salud integral.

Otro actor fundamental para la coordinación de las acciones de salud integral es el gobierno local. Con los municipios es posible articular y ejecutar programas de desarrollo local que incluyan la promoción de la salud integral como servicios básicos, control de sustancias psicoactivas, promoción de los derechos ciudadanos y redes que potencien el aporte de todos los actores.

2. ATENCIÓN INTEGRAL MEDIANTE LA EXTENSIÓN Y UNIVERSALIZACIÓN DEL ASEGURAMIENTO EN SALUD

La Política del Sector trabaja por lograr el aseguramiento universal de los ciudadanos para garantizar el acceso a los servicios de salud y prevenir la desatención de las familias en contingencias.

El aseguramiento a través del Seguro Social es la mejor alternativa para los trabajadores formales y estables. La política de salud contempla el incremento de la cobertura de dicho seguro y promueve el mejoramiento continuo de la atención que brinda a los asegurados. El Seguro Social de Salud (EsSalud), sólo cubre en la actualidad al 20% de la población que tiene trabajo estable, habiéndose reducido como consecuencia del cierre de empresas y despidos producidos durante la década de los 90's. Se estima que sólo el 3% de la población accede a seguros privados y otro 12% accede a servicios privados no siendo asegurados. Por equidad, un aseguramiento por parte del Estado es una inversión social plenamente justificada mientras las políticas macroeconómicas generan puestos de trabajo que absorban en el mediano y largo plazo a desempleados y subempleados. En la medida que las políticas económicas generen más puestos de trabajo y mejoren los ingresos en el mediano y largo plazo, la inversión del régimen subsidiado tendría que ir mejorando la inversión per cápita. Por eso se justifica un mecanismo estatal de aseguramiento, orientado a la población pobre y extremadamente pobre que no tiene cómo acceder a los servicios de salud, particularmente niños y mujeres en edad fértil. Eso es precisamente lo que busca lograr el Seguro Integral de Salud (SIS).

Conforme crezca el número de trabajadores con empleo formal y estable, aumentará la cobertura del régimen contributivo hasta convertirse en el principal prestador de salud.

3. SUMINISTRO Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Provisión de medicamentos para los diferentes servicios de atención, garantizando que se encuentren al alcance de todos, con precios adecuados y de calidad.

Promoción del uso racional de los medicamentos, informando a la población para reducir la automedicación irracional. Uso de la medicina tradicional como expresión del respeto a las diversas manifestaciones culturales de las diferentes regiones del país.

Los principales nudos críticos a resolver con relación a los medicamentos son:

- a) **Accesibilidad:**
 - garantizando que la atención de los sectores pobres, mediante el seguro público en sus diferentes modalidades y el seguro social, incorporen la provisión necesaria de medicamentos, disminuyendo el gasto de bolsillo en los mismos.
- b) **Calidad:**
 - desarrollando mecanismos de garantía de calidad en la adquisición, distribución y uso de los medicamentos en los servicios públicos de salud.
 - instalando un sistema de vigilancia ética de la dispensación.
 - desarrollando los estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad.
- c) **Uso racional de medicamentos:**

a través de la información a la población respecto a las condiciones cuando se necesita usar medicamentos y mediante la reducción de barreras para el acceso a los servicios con consulta profesional.

d) **Regulación:**

- Se modificará el sistema de registro.
- Se mejorarán los instrumentos de negociación de costos de insumos y medicamentos.
- Se promoverá que en lo posible cada farmacia cuente con un profesional químico-farmacéutico, responsable de velar por la adecuada dispensación de los medicamentos, priorizando medicamentos genéricos y desarrollando una vigilancia ética.

4. POLÍTICA DE GESTIÓN Y DESARROLLO DE LOS RECURSOS HUMANOS CON RESPETO Y DIGNIDAD

La política de salud promueve el desarrollo de los recursos humanos y la profesionalización de la gestión de los mismos con respeto a la persona humana y la dignidad de los trabajadores, y con una clara conciencia de que ellos son los principales agentes del cambio. La promoción de los recursos humanos profesionales y técnicos se fundamenta en la aplicación de un sistema de méritos, el respeto a la línea de carrera, remuneraciones idóneas y fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización para brindar un servicio de calidad y respeto al usuario. Para ello impulsa:

- El crecimiento planificado de la formación de personal de salud. Mediante la formación de una unidad especializada en el planeamiento y el desarrollo de los recursos humanos y de un sistema integrado de información sobre los recursos humanos.
- La priorización de la formación de médicos generales integrales con capacidad para desenvolverse con eficiencia en cualquier lugar del país y principalmente en los primeros niveles de atención.
- La protección de la línea de carrera del funcionario público del sector y la generación de una política de incentivos familiares, personales y profesionales.
- Un servicio rural y urbano marginal de salud con recursos suficientes que cumpla la función de vincular la práctica de los profesionales jóvenes con las necesidades de salud de la población.
- La formación y capacitación de los equipos de salud a distancia.
- Una política de capacitación permanente abierta a todos los profesionales y no profesionales que integran el sector.

5. CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL COORDINADO Y DESCENTRALIZADO DE SALUD (SNCDS).

El Perú puede aspirar a una mejor salud para todos sus habitantes. Para ello se necesita el compromiso de toda la sociedad. Cada persona, cada familia, cada grupo social, cada institución, puede contribuir a que mejore la salud de todos los peruanos.

La conformación de la Comisión de Alto Nivel para la creación del Sistema Nacional Coordinado Descentralizado de Salud (SNCDS), sería el primer paso en la articulación de todos los subsistemas del sector para que, respetando la autonomía de cada uno de ellos, se logre el máximo de consenso posible en las políticas a seguir, en los sistemas a uniformizar y en la normatividad a proponer. Este Sistema (SNCDS) nos permitirá crear los procedimientos para contar con información en salud completa e integrada para la futura toma de decisiones sobre el sector.

Aspiramos a que este proceso iniciado en el más alto nivel de las instituciones de salud sea desarrollado también en los niveles regionales y locales con la participación de las organizaciones de la sociedad civil.

6. NUEVO MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados.

Frente a la problemática de las brechas aún existentes en la situación de salud, en el acceso a servicios de salud y el modelo de atención fragmentado, el MINSA impulsará un modelo de atención centrado en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas (percibidas o no por la población), las familias y la comunidad, basado en los principios de universalidad en el acceso, la equidad, la integralidad de la atención, la continuidad de los servicios, la calidad de la atención, la eficiencia, el respeto a los derechos de las personas, la promoción de la ciudadanía y la satisfacción de los usuarios.

En este marco se inscribe la promoción de la salud como un proceso a través de diversas estrategias que permite que los individuos, las familias y la ciudadanía en general adquieran una mayor intervención sobre las decisiones y acciones que afectan su salud.

En este contexto, el nuevo modelo integral de salud pone especial énfasis en las acciones de promoción que apunten al crecimiento del bienestar integral, personal y colectivo (físico, emocional y socioeconómico). Por eso, lograr una salud integral supone también luchar contra la pobreza que se constituye en un freno para el desarrollo integral y salud de las personas, así como para el acceso a los servicios de calidad necesarios.

Esto se logra apoyando los programas sociales y servicios de mayor calidad, especialmente para la infancia y otros grupos de riesgo como la tercera edad. También se contribuye promoviendo propuestas de desarrollo integral en las diferentes regiones y localidades del país, incluyendo la promoción de la salud mental.

El grupo etéreo básico con el que debe hacerse promoción, trabajando a un mediano plazo, es el grupo de los primeros años de edad, orientando pautas de estilos de vida saludables. Se debe promover la atención adecuada desde la fecundación, nacimiento y durante los primeros años de vida, incorporando los aportes pluriculturales del pueblo peruano.

7. MODERNIZACIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD Y FORTALECIMIENTO DE SU ROL DE CONDUCCIÓN SECTORIAL

Se ha iniciado un proceso de reestructuración del MINSA, orientado a convertirlo en un organismo moderno, ágil, con rectoría nacional y capacidad para concertar políticas con los demás actores del sector:

- ❖ Para lograr la atención integral de las personas, se redimensionarán en 3 programas los servicios de Salud. Ampliar el Seguro Integral de Salud (SIS).
- ❖ Se implementará la Dirección General de Promoción de la Salud (DIGEPROS) para que elabore el Plan Nacional respectivo, como base de la diferenciación de la acción de promoción de salud de las acciones de recuperación.
- ❖ Se desarrollará una adecuación estructural del Ministerio, en base a la nueva Ley del Ministerio de Salud.
- ❖ Se promoverá la rendición de cuentas del MINSA y los establecimientos de salud, ante los usuarios de los servicios y el conjunto de la sociedad.

- ❖ Se institucionalizarán todos los programas y proyectos con financiamiento de cooperación externa que venían actuando con autonomía y paralelamente a las estructuras normales del MINSA.
- ❖ Se fortalecerá el sistema de vigilancia epidemiológica del MINSA y el ámbito sectorial, para poder encarar los principales riesgos de salud que deben ser enfrentados así como cualquier emergencia que se presente.
- ❖ Se mejorará el servicio de **INFOSALUD** como parte de las acciones iniciales para promover la vigilancia ciudadana sobre las prestaciones de salud.
- ❖ Se implementará el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos y el Centro Nacional de Salud Intercultural.
- ❖ Se proveerá de equipamiento, insumos básicos y medicamentos a todas las unidades operativas para que estén en condiciones de brindar los servicios de salud que la población del país necesite. Igualmente, se procederá a culminar la integración de los sistemas de comunicación e información administrativa. Se promoverá la inversión en infraestructura y equipamiento de establecimientos, en particular de primer nivel y también en los hospitales.
- ❖ Se impulsarán los acuerdos de gestión con las unidades operativas para fortalecer mecanismos de cumplimiento con las prioridades nacionales. Se evaluarán las experiencias realizadas en este campo para extraer las lecciones aprendidas y ponerlas a disposición de todos los actores en salud.
- ❖ Se constituirá un Comité Permanente de Control de la Inversión y el Financiamiento que se encargue de auditar el cumplimiento de dichas funciones.

8. FINANCIAMIENTO INTERNO Y EXTERNO ORIENTADO A LOS SECTORES MÁS POBRES

Se busca el incremento sustancial del presupuesto del MINSA para el cumplimiento cabal de sus funciones; señalar los programas protegidos en materia presupuestal.

Reorientación del gasto en función de la inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos para la atención de los sectores de menores recursos.

Organización del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) recientemente creado, como fondo de solidaridad para cofinanciar el Seguro Integral de Salud (SIS).

Se busca lograr la intangibilidad de los fondos de la Seguridad Social para ser usados exclusivamente en el financiamiento de la promoción, prevención y atención de salud de los asegurados.

Se trabajará en la orientación del financiamiento externo hacia las principales prioridades del sector salud, evitando duplicidad y mejorando la eficiencia en la inversión de los recursos.

9. DEMOCRATIZACIÓN DE LA SALUD

Buscaremos garantizar el derecho a la salud integral como parte de los derechos fundamentales,

comprendiendo la promoción, prevención y atención mediante el acceso universal a los servicios de salud. Esto significa reconocer los siguientes derechos ciudadanos:

- Respeto a su personalidad, dignidad e intimidad.
- Libre acceso a prestaciones de salud.
- Que los bienes destinados a su atención correspondan a los atributos que acreditaron su autorización y que los servicios cumplan los estándares.
- Recibir atención de emergencia.
- Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento quirúrgico sin su consentimiento previo.
- Recibir información en materia de salud.
- Recibir información completa sobre toda prescripción (medicamentos, productos, procedimientos diagnósticos o terapéuticos, ayuda diagnóstica) para poder tomar decisiones con la adecuada información.
- Recibir órganos o tejidos en buen estado, necesarios para su salud y disponer altruistamente de los suyos en beneficio de sus semejantes.
- Recibir tratamiento y rehabilitación en caso de discapacidad.
- Alimentación sana y biológicamente suficiente. Recuperación y rehabilitación de su salud mental.
- Recibir certificación de su estado de salud.
- Participar en programas de promoción de la salud.

Se busca el desarrollo de diversas formas de organización de los ciudadanos en salud para el ejercicio de sus derechos. Velar para que nunca más se permita que los usuarios de los servicios sean sometidos a métodos o prácticas contra su voluntad o sin adecuada y suficiente información.

Se promueve la participación de la población y sus organizaciones en el proceso de construcción de las políticas de salud, así como en su ejecución y evaluación. Desarrollar las diferentes formas de participación ciudadana en la gestión de los servicios de salud, como las experiencias de los CLAS, a partir de una evaluación y sistematización de dichas experiencias, tendiendo a que todos los establecimientos públicos de salud funcionen con participación de la comunidad.

Para lograr que se desarrollen adecuadamente los diferentes procesos de democratización de la salud es indispensable aplicar una estrategia de comunicación para la salud que provea de información a los ciudadanos y ciudadanas y promueva mayores niveles de educación en salud.

Capítulo Cuarto

Objetivos Estratégicos 2002 - 2006

4

IV. OBJETIVOS ESTRATÉGICOS 2002 - 2006

1. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y VIGILANCIA DE FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA

Se promoverán conductas y estilos de vida saludables en todos los grupos etáreos de la población, evitando el impacto negativo de la carga de la enfermedad en el desarrollo integral de las personas, familias y sociedad.

2. PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS Y DEGENERATIVAS

Se dará inicio a programas de prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas de mayor impacto negativo y reducción de la morbilidad.

3. EDUCACIÓN PARA MEJORAR EL ACCESO A ALIMENTOS DE CALIDAD

Se implementará un mejoramiento de la calidad de alimentación en poblaciones prioritarias como expresión de la coordinación de los programas de complementación nutricional y del uso adecuado de alimentos propios de la región con alto valor nutritivo.

4. DESARROLLO DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD Y MEJORAMIENTO DEL SEGURO SOCIAL

Se realizará un fortalecimiento del aseguramiento en salud a través del desarrollo del Seguro Integral de Salud con financiamiento público y del mejoramiento de la cobertura y calidad de atención del Seguro Social.

5. REDUCCIÓN DE MORBIMORTALIDAD INFANTIL, MATERNA Y POR ENFERMEDADES TRANSMISIBLES E INMUNO PREVENIBLES

Se buscará generar la disminución de la incidencia de IRA y EDA en población infantil, de la mortalidad infantil y materna, y de enfermedades transmisibles prevalentes, principalmente en los sectores más pobres.

6. POLÍTICA DE AMPLIACIÓN DEL ACCESO Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Se mejorará el acceso a medicamentos de calidad a precios razonables; y también se hará promoción del uso racional de los mismos.

7. REESTRUCTURACIÓN INTEGRAL DE LOS SISTEMAS ADMINISTRATIVOS Y OPERATIVOS DEL MINSA

Se fortalecerán la Rectoría y la conducción sectorial por parte del MINSA como expresión de la formulación de lineamientos de política para el largo plazo, modernización de su organización y desarrollo de los recursos humanos.

8. INICIO DEL PROCESO DE INTEGRACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN SECTORIAL

Se conformará el Consejo Nacional de Salud, aprobación del Plan Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y ejecución con concertación sectorial y participación ciudadana.

9. IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS COMUNES EN LA REGIÓN ANDINA

En particular la referida a la reforma y modernización del sector a través de: Promoción de la Salud y Participación Ciudadana, accesibilidad a medicamentos de calidad, descentralización de los sistemas de salud, aseguramiento universal y manejo de desastres y siniestros; para lograr prioritariamente la reducción de la mortalidad infantil y materna, y la reducción de la desnutrición infantil.

Capítulo Quinto 5

Estrategias

V. ESTRATEGIAS

1. PARTICIPACIÓN Y CONTROL CIUDADANO

Se promoverá el protagonismo de usuarios y prestadores en forma conjunta, ejerciendo sus derechos y cumpliendo sus responsabilidades, como forma de garantizar una adecuada interacción entre la oferta y la demanda de servicios de salud en el ámbito local. Para ello se propiciara la creación de la Defensoría de la Salud.

Se defenderá el derecho ciudadano de vigilancia de la calidad de los servicios de salud y el cumplimiento de los compromisos que la familia y la comunidad asumen en el cuidado de su salud.

Se dará un gran impulso a los mecanismos de rendición de cuentas ante la comunidad por parte del Ministerio de Salud y los prestadores de los servicios de salud, como expresión del respeto al derecho de los ciudadanos a recibir información oportuna y confiable para decidir sobre el uso y condiciones de uso de los servicios.

Se apoyará la participación democrática de la comunidad en la planificación y gestión de los servicios de salud.

Un aspecto importante de esta estrategia es una política de comunicación social para la salud como parte esencial de la promoción de la salud, entendida como el proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar.

Buscaremos una mayor responsabilidad de los medios masivos de comunicación en la promoción de la salud, debido a la enorme importancia que tienen en la consolidación de mensajes en el gran público y el riesgo que ello entraña cuando dichos mensajes no corresponden a una información veraz o sólo parcialmente cierta.

2. ADECUACIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL MINISTERIO DE SALUD PARA EJERCER LA CONCERTACIÓN Y CONDUCCIÓN SECTORIAL

Una estrategia prioritaria es dotar al Ministerio de Salud de capacidad de liderazgo y mística por su misión de servicio a favor del pueblo peruano, fortaleciendo así su capacidad operativa y modernizando su funcionamiento.

Se evaluarán las experiencias y estudios realizados por el Ministerio de Salud en los últimos años, adoptando los aportes validados en programas y proyectos realizados, pero dentro del proceso de institucionalización ya iniciado.

Es importante el desarrollo de organismos especializados para la función de gobierno sectorial y de administración financiera en el nivel nacional y sub-nacional, así como para la función gerencial y prestacional en los niveles de prestación de servicios.

3. COMPROMISO DE LOS RECURSOS HUMANOS CON LOS OBJETIVOS SECTORIALES

Para que el sector salud pueda cumplir con su misión, éste requiere desarrollar su principal riqueza: los recursos humanos, frecuentemente postergados desde hace más de 10 años. Las personas son los agentes del cambio y el eje de la reforma en el sector. Es imprescindible mejorar el perfil de los servidores del sector.

Esta orientación estratégica buscará la capacitación permanente del personal profesional y técnico, a la vez que impulsará niveles adecuados de remuneración y condiciones de trabajo en todo el sector.

Los principales lineamientos de esta estrategia para el logro de los objetivos de largo plazo son:

- 1) Impulsar una adecuada política de gestión de los recursos humanos.
- 2) Participación de los recursos humanos en la definición de los lineamientos de política sectorial.
- 3) Capacitación permanente con los lineamientos de política.
- 4) Promoción por sistema de méritos.
- 5) Remuneraciones idóneas de acuerdo a la responsabilidad.
- 6) Incentivos familiares, personales y profesionales.
- 7) Fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización.

El desarrollo de los recursos humanos debe ser enfocado como una necesidad de todo el sector salud, para lo cual es indispensable determinar las necesidades nacionales y, en concordancia con ello, realizar una planificación concertada de formación y uso de recursos humanos.

4. DIÁLOGO SECTORIAL E INTERSECTORIAL

La política sectorial requiere una estrecha coordinación con los diferentes subsectores de salud, por lo cual el MINSA promoverá permanentemente la concertación sectorial y también intersectorial. Un eje de esta orientación estratégica es la conformación del Consejo Nacional de Salud, como ente concertador del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

Se realizará la construcción de un Plan Nacional de Salud para la década, con participación de todos los actores del sector salud para garantizar coherencia sectorial y sostenibilidad de largo plazo.

Recibirán impulso a acciones intra-sectoriales, estableciendo alianzas estratégicas mediante la articulación de redes sociales de distinto nivel institucional, comunitario o individual, que involucren a diferentes sectores y actores de la sociedad. Para potenciar el logro de resultados se reconocerá que el mapa de recursos activos de la comunidad no sólo incluye las fortalezas de cada individuo sino también las asociaciones ciudadanas como las organizaciones de base, organizaciones comunales, iglesias, clubes, grupos culturales, escuelas, bibliotecas, universidades y establecimientos de salud de diversa índole.

Habrà una promoción de instancias permanentes de diálogo entre el sector salud y otros sectores en el ámbito local y regional, que contribuirán a la formulación y aplicación de planes locales de salud.

5. DESCENTRALIZACIÓN DEL SECTOR COMO PARTE DE LA DESCENTRALIZACIÓN DEL ESTADO

Como parte de la democratización del país, el MINSA promoverá la descentralización sectorial como forma de garantizar una mayor capacidad de decisión en los niveles operativos directamente vinculados con los gobiernos locales. Asimismo, se promoverá la participación ciudadana en todos los niveles del sector salud.

Las acciones de salud responden a las necesidades y prioridades sanitarias nacionales, regionales y locales de manera descentralizada y buscan potenciar el uso estratégico de los recursos en función de las metas sanitarias. Fortalecimiento de la capacidad de las comunidades para tomar sus propias soluciones a los problemas determinados localmente. Promover las condiciones para el surgimiento de liderazgos locales que asuman las responsabilidades comunales en salud en forma sostenible.

6. REORIENTACIÓN DEL FINANCIAMIENTO PARA CUBRIR LAS NECESIDADES NACIONALES EN SALUD

El Ministerio de Salud impulsará como línea estratégica la reorientación del financiamiento, garantizando una distribución más equitativa de los recursos en beneficio de los sectores más pobres. Se busca que en el largo plazo la gran mayoría de la población acceda al aseguramiento de salud vía el financiamiento del seguro social vinculado al empleo formal y estable, revirtiendo la tendencia de la década pasada de reducción del número de asegurados como consecuencia del crecimiento del desempleo, subempleo e informalidad. Por lo tanto, el financiamiento en salud se sustenta principalmente en las posibilidades de desarrollo sostenible del país.

Sin embargo, dicha orientación de largo plazo debe combinarse con mecanismos de corto y mediano plazo que hagan posible que existan mejores condiciones de salud y faciliten el acceso a los servicios de salud por parte de las poblaciones pobres y extremadamente pobres que no tienen empleo y no son aportantes al seguro social. El principal instrumento para ello es el aseguramiento público, a través del Seguro Integral de Salud, que prioriza en primer lugar las poblaciones infantil y materna.

Adicionalmente, las poblaciones no pobres que no son afiliadas al seguro social están en condiciones de financiar en forma privada su acceso a servicios de salud con los prestadores que libremente escojan.

La estrategia de aseguramiento público es expresión de la solidaridad nacional con las poblaciones más pobres, pero debe ser considerada temporal en una dimensión de largo plazo que al principio tendrá una curva creciente y luego deberá tender a decrecer en la medida que en el proceso de desarrollo del Sistema Nacional Descentralizado de Salud se fortalezca la seguridad social y, con sustento actuarial, extienda su cobertura a la población adecuadamente empleada formal e informal y sus dependientes.

7. AGENDA COMPARTIDA Y CONCERTACIÓN CON LA COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL

Habrà una promoción de nuevos aportes de la cooperación técnica internacional dentro de las prioridades de la política de salud, buscando articular el conjunto de los recursos gubernamentales y no gubernamentales como parte del financiamiento de largo plazo de todo el sector.

Se articularán las diversas iniciativas y posibilidades de financiamiento de corto y mediano plazo, con los compromisos asumidos para el largo plazo, impulsando en forma conjunta un financiamiento coherente de las prioridades nacionales en salud que garanticen sostenibilidad al margen de cambios políticos o institucionales.

8. ESTABLECER POLÍTICAS REGIONALES ANDINAS COMUNES

Los países integrantes de la Región Andina (Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia y Chile) compartimos una serie de problemas comunes epidemiológico-sanitarios, que trascienden nuestras fronteras. Las alternativas de solución que se vienen implementando para enfrentar los mismos en cada uno de nuestros países tiene muchos aspectos similares de los cuales podemos aprender mutuamente y que sumados pueden potenciarse, tanto en términos de negociación colectiva ante entidades internacionales, como en el intercambio de servicios y asistencia técnica.

Capítulo Sexto 6

**Resultados Esperados
2001 - 2006**

VI. RESULTADOS ESPERADOS 2001 - 2006

1. En el 2006 respecto a la promoción de la salud y la vigilancia de funciones esenciales de salud pública:

- 1.1 Se tendrán programas de promoción de la salud concertados con los gobiernos locales, la comunidad, la coordinación intersectorial en el ámbito local y las instituciones de la sociedad civil en todo el ámbito nacional.
- 1.2 Habrá un control de garantía de calidad del agua de consumo humano en todo el país.
- 1.3 Se estará ejecutando un Plan Nacional de disposición final de residuos sólidos en todo el país.
- 1.4 Se estará monitorizando la contaminación atmosférica en ciudades prioritarias del país.

2. En el 2006, la prevención de las enfermedades crónicas y degenerativas se expresará en:

- 2.1 La aplicación nacional del programa de prevención y control de la hipertensión.
- 2.2 La aplicación nacional del programa de prevención y control de la diabetes.
- 2.3 La aplicación nacional del programa de prevención y control de la ceguera.
- 2.4 La aplicación nacional de programas de detección y control de las neoplasias más frecuentes.

3. En el 2006, la educación para mejorar la nutrición y el acceso a alimentos de calidad:

- 3.1 Apoyará a los programas de complementación alimentaria, aplicando normas de vigilancia nutricional en todo el país.
- 3.2 Habrá ayudado a familias de sectores prioritarios a incorporar en su dieta diaria, alimentos de alto valor nutritivo propios de la región en la que habitan.
- 3.3 Habrá reducido la desnutrición crónica en niños menores de 6 años, por debajo del 20% en el ámbito nacional y principalmente en las zonas de mayor pobreza.

4. En el 2006, la implementación del Seguro Integral de Salud y el mejoramiento del Seguro Social:

- 4.1 Habrá permitido el aseguramiento de los sectores más pobres en todo el país, priorizando el componente materno infantil.
- 4.2 Habrá incrementado la calidad y eficiencia de la atención de todos sus establecimientos, servicios y prestaciones.
- 4.3 Habrá desarrollado mecanismos de complementariedad, que eviten la duplicidad y el uso irracional de los recursos.

5. En el 2006, la morbilidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles, mostrará:

- 5.1 Una disminución significativa de la incidencia de IRAs y EDAs en los menores de 5 años, principalmente en los sectores más pobres.
- 5.2 Una significativa reducción de la mortalidad infantil y materna (en el caso de esta última, menos de 100 muertes maternas x 100 000 nacidos vivos), principalmente en los sectores rurales más pobres.
- 5.3 Una disminución sostenida y significativa de la incidencia de TBC, dengue y malaria, en particular en aquellas poblaciones que han sido preponderantemente afectadas por estas enfermedades.
- 5.4 Mantenimiento de la interrupción del virus de sarampión y poliovirus, así como disminución de la fiebre amarilla, meningitis por H. influenza de tipo B.

6. En el 2006, la aplicación de una nueva política de medicamentos logrará:

- 6.1 Un mayor acceso a los medicamentos por parte de la población, principalmente de escasos recursos.
- 6.2 Un sistema óptimo de control de la calidad de los medicamentos que se producen o se importan en el país.
- 6.3 Un programa nacional de promoción del uso racional de los medicamentos.

7. En el 2003 la reestructuración Integral de los sistemas administrativos y operativos del MINSA:

- 7.1 Habrá fortalecido la capacidad de planificación y gestión de políticas sanitarias en el ámbito central y descentralizado, devolviendo al MINSA plenamente la Rectoría en el Sector Salud.
- 7.2 El nivel central, con financiamiento incrementado, estará conduciendo la política nacional de salud.
- 7.3 Habrá desarrollado una política de gestión de RRHH, adecuadamente capacitados, remunerados y comprometidos con política nacional de salud y el servicio a todos los ciudadanos del país.
- 7.4 Habrá logrado una descentralización de los servicios y la gestión en salud, fortalecidas por la ampliación de la estrategia de administración compartida a través de los CLAS y las redes y micro-redes.
- 7.5 Habrá una concertación permanente con la Cooperación Técnica Internacional, la cual estará comprometida y participando activamente con la Política Nacional de Salud.
- 7.6 Se habrán desarrollado los sistemas de soporte para los flujos de información del conjunto del sector.
- 7.7 Se habrán desarrollado capacidades para la conducción del Sistema de Vigilancia del cumplimiento de funciones esenciales de salud pública.
- 7.8 Se habrá permitido la implementación de una política nacional de medicamentos que disminuya los costos de bolsillo dedicados a la adquisición de los mismos.
- 7.9 Se habrá fortalecido el sistema nacional integrado de inteligencia sanitaria.
- 7.10 Se habrá implementado el sistema nacional de inversión pública.

8. En el 2003 el proceso de integración y descentralización sectorial:

- 8.1 Nos permitirá tener un Plan Sectorial Coordinado de Salud concertado por el Consejo Nacional de Salud para su ejecución descentralizada.
- 8.2 La ciudadanía estará participando activamente en el diseño y aplicación de la Política Nacional de Salud en todos los niveles.
- 8.3 Se habrá implementado el sistema nacional de inversión pública en el conjunto del sector.
- 8.4 Se habrá logrado el ordenamiento financiero del sistema presupuestal del sector público de salud.
- 8.5 Se estará ejecutando un plan de inversiones coordinado entre todas las instituciones del Sistema

Nacional Descentralizado.

- 8.6 Se habrá diseñado una política de costos y tarifas e identificación de usuarios.
- 8.7 Habrá un suministro oportuno y suficiente de medicamentos de calidad y uso racional de los mismos.
- 8.8 Se habrán diseñado nuevos mecanismos de asignación de recursos en el sector público priorizando grupos vulnerables, a través de intervenciones costo efectivas.
- 8.9 Se habrá concertado con otros sectores (en especial con Educación) un accionar de conjunto para abordar temáticas que involucran a más de un sector.

9. En el 2006, el impulso a políticas comunes en la región andina significará:

- 9.1 Aplicación de una política conjunta e intercambio de experiencias en promoción de la salud y participación ciudadana en todos los países de la región.
- 9.2 Aplicación de una política concertada en la producción y comercialización de medicamentos que amplíe el acceso y uso racional de los mismos a la población de los países miembros de la comunidad andina.
- 9.3 Evaluación conjunta permanente e intercambio de experiencias de los procesos de descentralización de los sistemas de salud como parte de los respectivos procesos de descentralización política de los países de la región.
- 9.4 Evaluación conjunta permanente e intercambio de experiencias de los procesos de aseguramiento universal de salud en los países de la región.
- 9.5 Aplicación de una política de concertación y solidaridad en el manejo de desastres y siniestros entre los países de la región andina.
- 9.6 Aplicación de una política de vigilancia epidemiológica y la creación del escudo epidemiológico andino.
- 9.7 Aplicación de una política de vigilancia demográfica.
- 9.8 Intercambio permanente de experiencias en las políticas de gestión y capacitación de RRHH.
- 9.9 Aplicación de evaluaciones e indicadores comunes y concertados en el desempeño de las funciones esenciales de salud.
- 9.10 Una política y trabajo permanente en fronteras saludables.

Segunda edición: julio, 2002
(Primera edición: mayo, 2002)

Diseño y diagramación:
Depto. Artístico de la
Oficina General de Comunicaciones
Ministerio de Salud del Perú

Fotografías:
Archivo fotográfico MINSA

Impreso en el Perú - Julio, 2002

© MINISTERIO DE SALUD DEL PERÙ
Av. Salaverry, cdra.8 s/n, Jesús María
Lima - Perú.
Telf: (51-1) 315-6600
Of. General de Comunicaciones:
315-6600 anexo: 2947 / 2939
e-mail: lineamientos@minsa.gob.pe
website: <http://www.minsa.gob.pe>

Av. Salaverry
cuadra 8 s/n
Teléfono: 315 - 6600
www.minsa.gob.pe