

DISCURSO DE ORDEN: “LA SALUD EN EL PERU AL
INICIO DEL NUEVO MILENIO”

MINISTRO DE SALUD
AN Doctor Eduardo PreteII Zárate

Academia Nacional de Medicina
Sesión solemne en Homenaje al 180 Aniversario de La
Independencia Nacional

Lima, 19 de julio del 2001

Con la venia del Señor Presidente Constitucional de la República,
Doctor Valentín Paniagua Corazao
Señores Ministros de Estado
Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina
Autoridades y Dignatarios
Señores Académicos
Distinguida concurrencia:

En esta Solemnísima Sesión, Conmemorativa del **Centésimo-Octogésimo** aniversario de la independencia nacional, la Academia Nacional de Medicina me ha conferido el honor de pronunciar el discurso de orden; deferencia que agradezco, como Académico de Número, y también como Ministro del gobierno constitucional de transición. Tengo también que agradecer la oportunidad de haber sido llamado a servir a mi país, en circunstancias tan especiales, que me han permitido conocer mejor la situación sociosanitaria, los problemas estructurales de los organismos del sector Salud y, en base a esto, presentar una propuesta para la continuidad de la gestión que debe mantener el Ministerio de Salud.

Iniciamos este siglo bajo una conducción política que ilumina nuevos términos en la ecuación salud--estado--gobierno. La historia reciente destaca cómo el Estado puede vigorizar a salud cuando se ejerce el gobierno con democracia incuestionable, es decir, con transparencia y permanente respeto a los derechos ciudadanos.

LOS RETOS DE LA SITUACION SANITARIA

Somos un pueblo diverso y heterogéneo. Al iniciar el Siglo XXI la población peruana supera los 26 millones de habitantes, el grupo menor de 15 años ya no es más la mitad de la población, sino un tercio, con casi 9 millones de niños; la tercera edad, aunque sólo incluye 1 millón 272 mil habitantes, o sea el 4.8% de la población. aporta el doble de carga de mortalidad y de morbilidad que los menores de 15 años.

El porcentaje de población rural se ha reducido a 27%, lo que engañosamente lleva a repetir que la población rural ha disminuido, porque en números absolutos la población rural ha ido aumentando: de 4 millones y medio en 1940. a más de 7 millones en el año 2001. Esta población corresponde sobretodo a distritos altoandinos, interandinos y de la zona de selva.

La situación de salud del Perú al iniciarse el siglo XXI se caracteriza por la existencia de una heterogeneidad de perfiles demográficos y epidemiológicos, la polarización poblacional, un proceso de acumulación de problemas de salud y una tendencia a la profundización de las diferencias.

La heterogeneidad de perfiles se objetiva al contrastar indicadores. Por ejemplo, la tasa global de fecundidad es 2 a 3 veces mayor en selva y ámbitos rurales que en la costa y las grandes ciudades; la mortalidad materna, cuya tasa nacional es 185 por 100,000 nacidos

vivos, es menor a 100 en Lima y mayor de 400 en Huancavelica; la tasa de mortalidad infantil es tres veces más alta en provincias como Yauyos que en Lima Metropolitana y grandes ciudades; y la prevalencia de desnutrición crónica es 4 veces más alta en el trapezio andino que en Lima Metropolitana

La Polarización demográfica determina que el 50% de la población se concentre en sólo 7 provincias, las cuales comparten una serie de situaciones ventajosas pues disponen de establecimientos de salud de todos los niveles, el 60% tiene acceso a servicios asistenciales, y en ellas operan mecanismos de economía de mercado como la competencia y las economías de escala. En contraste, el 50% restante de la población reside en 189 provincias, dispersamente distribuida en focos geográficos con diferentes problemas de salud, donde sólo aproximadamente un tercio de ellas tiene establecimientos de todos los niveles y el 70% de su población no tiene acceso a los servicios asistenciales de salud; y en estas posiciones no operan los mecanismos de economía de mercado y por lo tanto se requiere una mayor participación del Estado en la provisión de medios de protección y recuperación de la salud. En contraparte a esta polarización, coexiste una realidad actual de centralización y una agenda pendiente de descentralización.

La acumulación atípica de problemas de salud, es un modo de decir que nuestra población soporta. al mismo tiempo, casi toda la carga de morbilidad del subdesarrollo (infecciosas, desnutrición) y al mismo tiempo está acumulando aquellas de las sociedades desarrolladas (enfermedades degenerativas, cáncer, violencias).

Un segundo grupo de problemas está referido a la estructura del sector y sus características. Un primer elemento que ya ha sido señalado se refiere a la existencia de **un sector fraccionado con una rectoría múltiple** donde, además del Ministerio de Salud, interviene también el Ministerio de la Presidencia a través de los Consejos Transitorios de Administración Regional, el Ministerio de Trabajo a través de Essalud y los Ministerios de Defensa y del Interior. Esto hace la interacción de los mismos sumamente compleja y genera duplicación de inversiones, desorden normativo y conflictos entre los diferentes prestadores en el nivel operativo, la existencia de subsidios cruzados, que hacen al sistema más ineficiente e incrementan la inequidad. Esta situación se ilustra señalando que entre el 8 al 19,5% de las personas que tiene derecho a atención en EsSalud, Seguros privados o FFAA, son atendidas en los establecimientos del MINSA distraendo los escasos recursos públicos hacia grupos que tienen una cobertura de salud y en perjuicio de aquellos sin cobertura alguna.

Con respecto al sistema privado, la regulación ejercida por el Ministerio de Salud es débil.

El Ministerio de Salud, que debe actuar en un rol de rectoría, tiene además funciones de financiamiento y de prestación de servicios de salud. Tiene una competencia funcional y normativa de los servicios de salud para todas las Direcciones Regionales de Salud del país, sin embargo, su competencia administrativa y presupuestal se circunscribe a las Direcciones de Salud de Lima y Callao, a los Hospitales e Institutos Nacionales y a los programas y proyectos de ámbito nacional.

Las Direcciones Regionales de Salud, a las cuales pertenecen los centros y puestos de salud y hospitales locales de los ámbitos regionales, dependen del Ministerio de la Presidencia, a través de los Consejos Transitorios de Administración Regional.

Al Ministerio de Trabajo, se encuentra adscrito Essalud que cumple a la vez funciones de financiamiento y de atención de salud a los asegurados del régimen laboral regular.

Y los Ministerios de Defensa y del Interior comprenden a una red de infraestructura sanitaria prestadora de salud con diferentes niveles de capacidad resolutive en las denominadas Sanidades de Fuerzas Armadas y de las Fuerzas Policiales, respectivamente.

A los Gobiernos Locales, que tienen infraestructura sanitaria prestadora delimitada a ámbitos locales, corresponde básicamente al primer nivel de atención.

El sector privado involucra a un sector súmamente heterogéneo que comprende desde los consultorios privados hasta las grandes clínicas, sistemas de seguros privados, la propia industria farmacéutica y las entidades prestadoras de salud.

Por otro lado, es necesario hacer notar que el gasto total en salud es muy bajo. Según datos correspondientes al año 1998 este gasto representó el 4.4% del PBI (US \$ 2,651 millones), 40% más bajo que el promedio del 7.2% estimado para los países de América Latina. Este gasto lo cubre en mayor proporción los hogares (38.5%), y en menor proporción las empresas (34.4%) y el gobierno (24.8%).

En los hogares el 55% del gasto corresponde a costos de farmacia y 30% a la atención privada; en las empresas, 82-90% corresponde al aporte a EsSalud y aproximadamente 10% al aseguramiento a través del sector privado; y en el caso del gobierno, el 60% se gasta en la operación de los servicios, 23% en administración y regulación, y sólo 7% en medicinas.

Analizar la situación de salud es cuantificar la inequidad, e identificar las principales fuentes que la originan expresadas en brechas, que no son sino separaciones entre oferta y demanda o entre necesidad y demanda, que afectan a los más pobres.

La primera brecha es el déficit entre la demanda percibida frente a la necesidad real de atención de salud -habitualmente mayor-, ésta es la brecha más amplia: para cerrarla se requiere resolver los problemas de salud pública y desarrollar un amplio componente de educación, información y comunicación hacia la población.

La segunda brecha se da al interior de quienes perciben la enfermedad, comparando los que no se atienden con los que sí lo hacen es decir con la demanda atendida; para cerrarla se requiere superarlas barreras geográficos y económicos. Los Seguros, como el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, junto a la atención extramural regular, son las estrategias más exitosas para enfrentarla.

La tercera brecha, se da entre la demanda atendida y el financiamiento del sistema en general, a través de impuestos y aportes. Cerrar esta

brecha, requiere introducir mayor eficiencia en la ejecución del gasto y en la asignación de recursos, complementándose adicionalmente, con mecanismos que puedan lograr aportes solidarios, para lo cual se requiere articular al ministerio, Essalud y los privados.

Los Objetivos, Metas y logros de la Gestión en el sector durante el Gobierno de Transición, apuntaron a reinstitucionalizar la administración del gobierno, poner en marcha las investigaciones y acciones de control pertinentes, perfeccionar los desarrollos positivos, y plantear un balance y propuesta para el próximo gobierno.

La recuperación del rol rector del MINSA, es un problema de largo alcance cuya resolución comprende decisiones de carácter político y estructural que involucran no solamente a los varios componentes del sector sino también a otros Pliegos o Sectores. Se han cumplido numerosas acciones en este orden. Nos ha correspondido iniciar el camino en tal dirección

- * Se han promulgado varios de los Reglamentos de leyes relacionadas a salud, que estaban pendientes
- * Se ha actualizado el Plan Estratégico Multianual, con el propósito de establecer orientaciones sectoriales de mediano y largo plazo para el periodo 2002-2006, priorizando acciones.
- * Se ha consolidado la Institucionalización del Sistema de Programación y Presupuesto (SPP) a nivel nacional.
- * Se ha actualizado el diagnóstico situacional del sistema de salud a través de la revisión y organización de la documentación existente como producto de estudios e informes de períodos

anteriores y la generación de propuestas consistentes e integrales para el mediano y largo plazo.

Por otro lado, dentro del proceso de fortalecimiento institucional, los objetivos específicos han sido los siguientes:

Reestructuración de la Dirección General de Salud de las Personas, Reestructuración e Integración de los Seguros, con el objeto de estructurar un seguro público único.

Reestructuración de la Oficina General de Administración, recogiendo las propuestas de los estudios realizados anteriormente.

Reestructuración de la Escuela Nacional de Salud Pública, para actualizar su rol en el contexto de una gestión moderna de los recursos humanos en salud.

Reestructuración de la Superintendencia de las Entidades Prestadoras de Salud, con el fin de coadyuvar al cumplimiento de sus fines.

Realineamiento de la Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa. con el objetivo de consolidar la capacidad del Ministerio en la gerencia de proyectos y reestablecer los espacios para el diálogo y la concertación con la cooperación externa.

Integración e Integralidad de los sistemas de información, para articular los sistemas del MINSA, EsSalud y el privado, definiendo los estándares para el registro y el intercambio de la información clínica, de gestión y administrativa.

Revisión de los lineamientos Sistemáticos para la Conformación de Redes de Salud, relevando los principios de complementariedad de los servicios y actividades para una mayor equidad, acceso, cobertura y continuidad de la atención integral.

Se ha iniciado la implementación de un nuevo modelo de atención para el primer nivel, que constituye el marco conceptual con un conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos, producto de la experiencia desarrollada y evaluada.

Se ha aprobado un Sistema Integrado de Medicamentos, cuyo objetivo es garantizar la disponibilidad y acceso a los medicamentos en el punto de atención al paciente.

Se ha contemplado la expansión de la administración compartida, Asociaciones CLAS. Con miras a sistematizar la conformación de nuevas Asociaciones CLAS en zonas rurales de pobreza.

Todas estas iniciativas requieren profesionales provenientes de preferencia de los cuadros del interior del Ministerio, tanto de las estructuras centrales como de sus dependencias y regiones, que permita mantener la continuidad de estos procesos de mediano plazo aún más allá del período del Gobierno Transitorio.

Era importante reafirmar la calidad de los cuadros profesionales estables del Ministerio, en contraste con la política seguida en el periodo anterior, en el cual la mayor influencia en las definiciones de políticas, en el ejercicio de gobierno interno y en la operación de las acciones de salud, era ejercida por consultores externos. En tal situación, además de crearse una brecha de carácter técnico, se crearon diferencias de autoridad y también de remuneraciones, cuyos efectos aún persisten. La creación de cuadros internos y su empoderamiento en el manejo de las actividades que les corresponde, dentro del proceso de administración abierta y democrática, contribuye a la restitución del gerenciamiento regular en el Ministerio y tendrá efectos saludables en la productividad de sus organismos y sus miembros.

En la atención a los principales problemas de salud, las acciones más inmediatas se tomaron en áreas que representaban los mayores problemas de salud en el país, tales como:

El Monitoreo y reforzamiento del Plan de Reducción de la Modalidad Materna, recuperando las experiencias importantes y exitosas que se vienen ejecutando en el Ministerio de Salud

El Abordaje y actualización de la problemática de la Alimentación y Nutrición a través de la Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición, la constitución del grupo técnico de Salud para la formulación del plan sectorial de alimentación y nutrición y la Incorporación del Programa Desayunos Escolares, incluyéndolo en el Plan operativo del Instituto Nacional de Salud.

El Fortalecimiento de la Atención a Grupos Excluidos, para incluir progresiva y regularmente a las poblaciones más dispersas de comunidades nativas e indígenas en la atención básica de salud,

Las directivas del Gobierno de Transición en relación con neutralidad, transparencia y lucha contra la corrupción, han sido instrumentadas a través de varias acciones, entre las que destacamos:

- * La revitalización de las funciones de Inspectoría, Procuraduría y Asesoría Jurídica enfocando las denuncias recibidas a través de un proceso interno de priorización, investigación y relevamiento de información.
- * La auditoría administrativa y contable de proyectos de cooperación externa, y de otras dependencias del Ministerio.
- * Instalación de la Mesa de Transparencia en el local central del Ministerio y la atención de las denuncias recibidas por medio de un equipo de recepción e investigación.

Objetivos pendientes y recomendaciones

La sociedad peruana en su conjunto es heterogénea, multicultural y multilingüe. Los resultados sanitarios alcanzados hasta hoy, aún muestran una situación de salud insatisfactoria, con acumulación de problemas atípicos de salud y con una clara tendencia a profundizar las brechas. Se hace por ello impostergable la definición de políticas de salud orientadas hacia la afirmación de una nueva cultura de la salud, la misma que considere que la Salud no es tan solo el proceso

curativo de la enfermedad, sino primariamente la prevención y promoción. Asimismo resulta fundamental que el sistema de salud se sustente en los principios de solidaridad, equidad, eficiencia y calidad.

Los lineamientos que deben considerarse orientadores de este proceso son: la democratización de la formación de la política de salud; la descentralización; la separación de las funciones de gobierno, prestación y financiación y aseguramiento universal.

Para lograr gobernabilidad, democratización e Institucionalidad, se requiere la Construcción de políticas y transparencia en la gestión

Para lograr políticas de estado duraderas, legítimas y consistentes se requiere de un proceso de diálogo, consulta y concertación nacional. Actualmente se ha iniciado un nuevo ciclo político y constituye una excelente oportunidad para asumir en forma concertada un nuevo compromiso por la salud. Por esta razón se debe continuar la profundización del proceso de democratización y descentralización del sector, para cuyo propósito se requiere adoptar mecanismos democráticos en la construcción de las políticas y en la aprobación de una agenda de problemas prioritarios por resolver. En ese sentido es recomendable en breve plazo, impulsar la instalación del Consejo Nacional de Salud ampliando su representatividad con la creación de Consejos Regionales de Salud; desarrollar la Conferencia Nacional de Salud, como mecanismo de concertación en la formulación y revisión de las políticas; la generación de compromisos para un Acuerdo Nacional en Salud; y la instalación del Foro Permanente en Salud desde la sociedad civil.

Por otra parte, a fin de lograr la transparencia en la gestión, se sugiere en primer término establecer mecanismos precisos de compromiso y de rendición de cuentas de la Alta Dirección, como parte formal y habitual del proceso de gobierno. En esa misma dirección, es fundamental continuar por un lado con el desarrollo e implementación de los medios que faciliten a los ciudadanos tener fácil y oportuno acceso a toda la información y, por otro lado, que se pueda canalizar y estimular la participación activa de la sociedad civil

Se requiere también impulsar el desarrollo de las capacidades de gobierno, con un reordenamiento interno y externo.

Se necesita continuar el proceso de reordenamiento interno redefiniendo la estructura organizacional del MINSA en concordancia con la política sectorial y con los roles de gobierno y financiamiento.

Este reordenamiento debe orientarse progresivamente a construir un aparato burocrático con altas capacidades de gobierno, técnicamente sólido, pequeño y eficiente. Para ello, es necesario acelerar la reestructuración y optimización de los procesos críticos de soporte de la organización, entre ellos es indispensable iniciar la reingeniería y modernización de la Oficina General de Administración sobre la base del estudio en marcha; continuar con el desarrollo del plan estratégico de sistemas de información que supone el desarrollo de sistemas integrados eliminando paralelismos entre subsistemas actualmente existentes.

En cuanto a los proyectos de la Cooperación Externa, las conclusiones de los estudios actuales permitirán aplicar procedimientos de institucionalización de los mismos, desde su inicio, durante su ejecución y que, a su vez, aseguren el reforzamiento de los órganos de línea del Ministerio. Por otra parte ellos contribuirán a hacer factible la revisión de las condiciones y funciones en la constitución de las unidades ejecutoras especiales, a fin de evitar duplicaciones en las funciones administrativas.

A fin de evitar la dispersión y duplicación en las inversiones es necesario Consolidar el Comité de Inversiones en Salud con la adopción de procedimientos necesarios para su sesión periódica y continua.

Para el reordenamiento externo, debe tenerse en cuenta que en los últimos años, como resultado de la ausencia de conducción, liderazgo rectoría en el sector, la desarticulación y duplicación de esfuerzos y presupuestos fue la principal característica. En ese sentido, puntos importantes por resolver constituye la unificación del financiamiento y asignación presupuestal de los recursos del estado, eliminando la actual dispersión existente al interior del propio Ministerio de Salud y de los fondos provenientes de los CTARs. Asimismo, es necesario establecer una nueva relación de acuerdos de gestión e intercambio de servicios con Essalud y privados, que contribuya a superar el significativo porcentaje de subsidios cruzados. Por la naturaleza social del sector que involucra a un amplio espectro de organizaciones públicas y privadas, es necesario impulsar una agenda intersectorial en temas centrales como lucha contra la pobreza, educación para la higiene y la salud, nutrición y derechos del ciudadano.

Otro tema importante a tenerse en cuenta es desarrollo y gestión de los recursos humanos.

En vista de la situación descrita sobre los recursos humanos, es fundamental y urgente el reconstituir una instancia de formulación de políticas para el Desarrollo de los Recursos Humanos en el MINSA, que contribuya a desarrollar las capacidades técnicas y de gobierno. El objetivo central de esta política deberá considerar el establecimiento de la carrera pública en el sector que asegure la continuidad y la depuración de los cuadros actuales de recursos humanos a nivel operativo y gerencial.

Con relación al tema laboral que se encontró en condiciones de alto conflicto y sin ser resuelto, será esencial proceder al establecimiento de un sistema único de remuneraciones que permita la competitividad con el sector privado, con el objeto de asegurar la permanencia del personal altamente calificado. Con este mismo objetivo debe procederse a racionalizar las contrataciones a través de los proyectos financiados por la cooperación externa de modo tal que no promuevan diferencias sustanciales de ingresos.

El proceso de preparación de los recursos humanos, además de superar las diferencias entre las necesidades ocupacionales y el perfil actual del egresado, deberá servir de base para el desarrollo de los procesos de inducción con los trabajadores del sector público, orientados hacia a internalización de su rol como depositario de la administración de los recursos de la población.

Finalmente, es necesario generalizar el proceso de mejoramiento de la comunicación interna propiciando el trabajo en equipo, dentro y entre las diferentes áreas del Ministerio.

Un tema igualmente importante es la regulación.

Para ello se requiere continuar con el proceso de reforma, lo que plantea la necesidad de revisar y reformular el marco regulatorio entre proveedor-financiador-usuario, entre organizaciones privadas y públicas, entre estado y la sociedad civil. Asimismo para lograr que se aplique de manera eficaz, eficiente y garantizar al ciudadano los canales para ejercer y reclamar sus derechos es recomendable constituir una instancia de carácter neutral y con suficiencia técnica que podría ser una Superintendencia Nacional de Salud.

En cuanto al financiamiento

El objetivo estratégico y central para los años siguientes es lograr diseñar e implementar mecanismos de financiamiento solidarios y progresivos (proequidad) con subsidio del estado focalizado en los pobres, que operen de manera que garanticen el mejor costo-beneficio, Se trata de lograr el aseguramiento universal sobre la base de un plan garantizado de salud suficientemente flexible para poder ser adecuado al perfil epidemiológico de cada espacio poblacional.

Los pasos intermedios en esa dirección están constituidos por aquellos que aseguren la transformación global del sector salud para que supere el actual modelo trisegmentado (EsSalud, MINSA, Privados). Para ello, se requiere completar el ordenamiento presupuestal institucional, reorientar los recursos de programas hacia el subsidio de la atención a través del seguro público, su aplicación a través de

mecanismos de pago a proveedores que operen bajo la forma de contratos de gestión e incorpore en los prestadores una cultura de costos para la toma de decisiones basado en evidencias. Al respecto es necesario capitalizar lo avanzado en el primer nivel (Puestos y Centros de Salud) bajo la modalidad de acuerdos gestión con las DIRESAS. Mediante ellas se establece con claridad los incentivos a la gestión individual y grupal, quedando pendientes Incentivos organizacionales para establecer mecanismos de pago incentivos a la prestación de la atención médica y a las acciones preventivo-promocionales. En el tercer nivel (Hospitales) será necesario comenzar por implementar los acuerdos de gestión con incentivos a la gestión para luego iniciar el proceso de implementación de mecanismos de pago tomando como referencia diseños referenciales y la experiencia acumulada.

El proceso de integración para los dos seguros existentes en Ministerio, debe ser el punto de partida hacia el aseguramiento universal de la población a un plan garantizado de salud con contenido recuperativo, preventivo y promocional. Con este propósito, quedan como tareas pendientes el hacer las estimaciones y proyecciones los recursos financieros necesarios, así como desarrollar estrategias que garanticen *su sostenibilidad en el tiempo, además* dirigir esfuerzos al desarrollo de los mecanismos de pago constituyen la piedra angular del sistema.

Igualmente trascendente es la adopción de un nuevo modelo de atención

A través del proyecto de Salud y Nutrición Básica el Ministerio de Salud desarrolló y validó un nuevo modelo de atención integral de salud con resultados positivos, habiéndose iniciado su expansión a nivel nacional. Con la consolidación de las Redes de Servicios en las Direcciones de Salud, y el mejoramiento de la administración compartida con la participación de la población (CLAS), estos aportes deben constituirse en los ejes del modelamiento de un sistema descentralizado y plural de la atención en salud.

En el proceso de ampliación del nuevo modelo, sus componentes básicos requieren ser ajustados en los siguientes términos:

En el componente de prestación, en el primer nivel se debe continuar con la organización de nuevas redes de servicios de salud, en las que se enfatice la adecuación de los servicios y la capacitación de los recursos humanos a las características culturales locales (hogares maternos, casas de espera, rescate de las prácticas adecuadas de alimentación y nutrición, cursos de quechua, relaciones interpersonales, etc.). Asimismo, se debe consolidar las estrategias de atención a la población excluida, incrementando la conformación de grupos itinerantes que atiendan las áreas de mayor dispersión geográfica, en especial en las zonas de frontera. Un importante nexo con los servicios lo constituye el agente comunitario, para lo cual será necesario definir su rol y sus funciones.

Por otra parte queda como tarea pendiente el iniciar el complejo proceso de incorporación de los hospitales y los establecimientos del sector privado a las redes ya existentes.

En el componente de promoción, es necesario diseñar estrategias de comunicación social local y nacional con enfoque de interculturalidad y género, debiendo priorizar los temas de organización de comunidades y adopción de estilos de vida saludables. El tópico de uso racional de medicamentos en la comunidad amerita ser inmediatamente abordado.

En el componente de gestión, es necesario implementar el uso de herramientas gerenciales modernas para incrementar las capacidades y habilidades gerenciales del personal de salud, desarrollar una cultura de la calidad y trabajo en equipo, ampliar el conocimiento y aplicación de sistemas de monitoreo, supervisión y evaluación e introducir las herramientas de costeo, y desarrollar políticas de incentivos. Específicamente en los establecimientos de salud que operan bajo la modalidad de Administración Compartida — Asociaciones CLAS, se debe evitar que los CLAS se conviertan en una modalidad presupuestal flexible subordinada, sin participación social. Por otra parte se debe orientar a las asociaciones CLAS, actualmente centradas en la oferta de servicios hacia la intervención comunitaria y la promoción de la salud con las redes sociales.

En el proceso de atención de la salud, un elemento crítico lo constituye la provisión de medicamentos, la que debe realizarse de la manera más costo-efectiva, con oportunidad y garantía de calidad. Como se ha referido anteriormente, para este fin se formuló e inicio la implementación a nivel de Lima Metropolitana de un sistema integrado de suministro de medicamentos, para superar la desarticulación logística existente y, aprovechando las economías de escala, lograr, reducir los costos. En función de los resultados que se logre en su primera fase y con los ajustes necesarios, se debe impulsar su expansión a nivel nacional y a otros efectores del sistema. Este proceso se debe complementar con la monitorización del cumplimiento de normas específicas orientadas a garantizar la eficacia, seguridad calidad de los productos farmacéuticos, así como la adecuada prescripción y racionalidad en su uso.

Un tema igualmente importante en la política del gobierno es la nutrición

El Ministerio de Salud ha definido entre las prioridades nacionales la atención de los problemas de nutrición, tales como la anemia nutricional, la deficiencia de vitamina A, la desnutrición crónica, la sostenibilidad del control de la deficiencia de yodo y la obesidad. Enfrentar estos problemas requiere un manejo integral y multisectorial que haga confluir lo económico, lo social y lo educativo con las estrategias de salud.

Será necesario desarrollar y aprobar un Plan Nacional de Alimentación y Nutrición con enfoque en la seguridad alimentaria y nutricional, que incorpore los nuevos conceptos de la nutrición en el ciclo de vida. Este Plan deberá priorizar a prevención de riesgos considerando la integralidad del sistema de alimentación-nutrición-salud y propicie el autocuidado de la salud y nutrición a nivel individual, familiar y comunitario.

El plan considera como importante, la incorporación del tema nutricional en las estrategias de promoción en los sectores, salud, educación, agricultura, pesquería y promudeh con asignación de recursos específicos y la unificación de los programas de complementación alimentaria focalizados.

En el plazo inmediato se debe priorizar el desarrollo de un agresivo programa de educación en nutrición, en base a la propuesta de “Lineamientos de Educación y Comunicación en Nutrición” trabajada con las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales a través de la Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición.

Estamos frente a una magnífica oportunidad, la democracia moderna implica escuchar al otro, renunciar mutua y colectivamente a los prejuicios y preconceptos que alejan y enfrentan. La democracia moderna no es apenas un ritual litúrgico que se consume en el sufragio, es algo permanente, un nuevo estilo político en el que quienes ganaron no se ven forzados a imponer sino a persuadir convencer, en tanto que quienes no ganan no se sienten obligados a “oponer”, ni a erosionar, ni a atacar, porque quienes fueron elegidos los van escuchar,

Muchas gracias,

EDUARDO PRETELL ZARATE
MINISTRO DE SALUD