



PERÚ

Presidencia
del Consejo de Ministros

Autoridad Nacional
del Servicio Civil

servir
HERRAMIENTA DEL PERÚ QUE CRECE

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 3

EL PERÚ PRIMERO

DIRECCIÓN PÚBLICA PROFESIONAL EN SISTEMAS COMPLEJOS

La experiencia de Gerentes Públicos en el sector salud

ESTA PUBLICACIÓN SE ENTREGA VÍA VIRTUAL

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 3

DIRECCIÓN PÚBLICA PROFESIONAL EN SISTEMAS COMPLEJOS

La experiencia de Gerentes Públicos en el sector salud

Por Arturo Granados Mogrovejo



Documento de Trabajo Nº 3
Autor: Arturo Granados Mogrovejo


Editado por:
Autoridad Nacional del Servicio Civil - SERVIR
Pasaje Francisco de Zela 150 Piso 10 - Jesús María, Lima 11 - Perú
info@servir.gob.pe
www.servir.gob.pe

Diciembre 2018

 /SERVIRPERU

 /SERVIR_PERU

 /ServirTV

 /company/servir-peru

 /servirperu/

ESTA PUBLICACIÓN SE ENTREGA VÍA VIRTUAL

ÍNDICE

Prólogo	7
Capítulo I	9
Gerencia pública especializada en salud	
1. Antecedentes	10
2. El modelo conceptual de gerencia pública especializada en salud	12
2.1. Dirección pública profesional, el desarrollo de un Cuerpo directivo.	13
2.2. El sistema de salud	18
2.3. El desempeño del sistema de salud	20
Capítulo II	23
El proceso de selección de gerentes públicos de salud	
1. El proceso de selección de gerentes públicos de salud	24
2. Acuerdos de prioridades políticas:	24
2.1. Periodo 2012 -2013 - Mejora de la gestión hospitalaria	24
2.2. Periodo 2014: Mejorar la gobernanza del sector público de salud	24
2.3. Periodo 2015 – 2016: Mejorar la gobernanza del sector público de salud	25
3. Acuerdo ejecutivo en la Comisión Intergubernamental de salud.	25
4. El primer proceso de selección y capacitación de gerentes de servicios de salud para la implementación del acuerdo Intergubernamental “Mejora de la Gestión Hospitalaria”	25
4.1. Los perfiles.	25
4.2. El proceso de selección	26
4.3. Los resultados.	30
4.4. La capacitación.	30
5. El segundo proceso de selección de Gerentes Públicos: Directores Generales y Ejecutivos de Direcciones Regionales de Salud. La implementación del acuerdo intergubernamental en salud “Mejora de la Gobernanza del Sector Público en Salud”	32
5.1. Los perfiles.	32
5.2. El proceso de selección.	33
5.3. Los resultados	34
5.4. La capacitación.	35
6. El tercer proceso de selección de Gerentes Públicos: Directores Ejecutivos Nacionales del Ministerio de Salud. La implementación del acuerdo intergubernamental en salud “Mejora de la Gobernanza del Sector Público en Salud”	35

ÍNDICE

6.1. Los perfiles.	36
6.2. El proceso de selección.	37
6.3. Los resultados.	37
6.4. La capacitación	39
7. Colocación de directivos:	39
Capítulo III	41
Experiencias motivadoras de gerentes públicos de salud	
1. Conducir el sistema público regional de salud para el difícil arte de producir resultados sanitarios, la experiencia del GP Juan Luis Herrera - Región Moquegua.	42
2. Reducir la anemia infantil es posible, la experiencia del GP Elvyn Díaz - Subregión de Salud Apurímac II – Andahuaylas.	48
3. Orden, lucha contra la corrupción y cero colas en la atención hospitalaria, la experiencia de la GP Diana Bolívar Joo – Hospital Regional de Ica	51
4. Aportes de un prestador al aseguramiento público de salud mental, la experiencia del GP Julio Ríos Peña - Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.	55
5. Construcción de la Autoridad Sanitaria Regional, la experiencia del GP Gustavo Rosell de Almeida – Región San Martín.	57
6. Ciento por ciento para sanar a los niños y niñas, la experiencia de la GP Zulema Tomas – Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.	63
7. Más servicios médico quirúrgico especializados para los ciudadanos del Perú, la experiencia del GP Edwar Cruz, Plan MÁS SALUD	67
Capítulo IV	72
Conclusiones y recomendaciones a manera de lecciones aprendidas y claves para expandir y mejorar el desempeño del Cuerpo de Gerentes Públicos de Salud	
1. Lecciones aprendidas del ejercicio de la dirección pública profesional en salud	73
2. Claves para expandir la dirección pública profesional en salud	74
3. Claves para mejorar el desempeño de la dirección pública profesional en salud	75
4. Agenda para la expansión de la Dirección Pública Profesional de Salud – DPP Salud	75
Referencias Bibliográficas	79

PRÓLOGO

El año 2008 se inició la reforma del servicio civil en el Perú con la creación de la Autoridad Nacional del Servicio Civil-SERVIR como Ente Rector del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, la aprobación de políticas y reglas para la capacitación y la gestión del rendimiento y la creación del Cuerpo de Gerentes Públicos. La reforma busca profesionalizar el servicio civil, de tal modo que, conforme a estándares internacionales, goce de los atributos de mérito, capacidad, honestidad, eficacia, vocación de servicio, responsabilidad y adhesión a valores democráticos.

Un énfasis del inicio de la reforma, tal como aconsejaba la experiencia de países que cuentan con servicios civiles desarrollados, como la mayoría de países de la OCDE, fue poner el acento en el segmento directivo. Son los directivos los llamados a liderar el cambio desde contextos clientelares o paradigmas meramente burocráticos, hacia modelos gerenciales, que ponen el énfasis en los resultados en favor de la ciudadanía. Son los directivos quienes, con su ejemplo, contribuyen efectivamente a la construcción de una cultura de integridad. Son los directivos quienes pueden irradiar una dinámica modernizadora hacia el resto de las organizaciones públicas.

El Cuerpo de Gerentes Públicos (CGP), normado y gestionado por SERVIR, es una estrategia de promoción progresiva de la profesionalización de la Gerencia Pública de nuestro país. Este se encarga de la incorporación de profesionales altamente capaces en puestos directivos y gerencias de mando medio de las entidades públicas correspondientes a los tres niveles de gobierno mediante perfiles por competencias desarrollados de forma técnica, la realización de procesos de selección transparentes y meritocráticos y el monitoreo y evaluación de su desempeño.

Desde el año 2009 hasta el 2015, se han realizado 23 convocatorias, incorporándose más de 700 gerentes

públicos, con 824 asignaciones en entidades de los distintos niveles de gobierno (577 a entidades del gobierno nacional, 215 a entidades de gobiernos regionales y 32 a entidades de gobiernos locales). En un inicio, las asignaciones de Gerentes Públicos se efectuaban principalmente en puestos de asesoramiento y apoyo, para la gestión interna de las organizaciones públicas. Pero la necesidad de mejorar la gerencia pública no aplicaba únicamente para dichos puestos. Fue precisamente la identificación, por parte del Sector Salud, de la necesidad de profesionalizar la gestión directiva que estaba a cargo del logro de los resultados sanitarios, la que hizo posible una coincidencia inicial y luego una alianza estratégica entre el Ministerio de Salud y SERVIR. En este marco se realizaron convocatorias para la incorporación de Gerentes Públicos con perfiles para el diseño y gestión de políticas públicas en salud, así como para la gestión de servicios de salud y se asignaron en diversas entidades con un balance largamente positivo.

Con la conciencia de la importancia estratégica de documentar esta experiencia, encargamos su elaboración a Arturo Granados Mogrovejo, quien se desempeñó como Director General de la Dirección General de Descentralización del Ministerio de Salud y al que le correspondió ser partícipe y testigo de su implementación. El resultado es el documento “Dirección Pública Profesional en Sistemas Complejos. La experiencia de Gerentes Públicos en el Sector Salud”, que recoge la perspectiva y análisis de su autor y que hemos creído conveniente darlo a publicidad como Documento de Trabajo de SERVIR, abierto a la discusión y aportes. Lo ponemos a disposición de la comunidad académica, las servidoras y servidores públicos, medios de comunicación y la ciudadanía en general, con la intención de aportar a la mejora de la gerencia pública en salud en nuestro país.

Andrés Corrales Angulo
Gerente
Gerencia de Desarrollo de la Gerencia Pública
Autoridad Nacional del Servicio Civil-SERVIR

Diciembre de 2018.

CAPÍTULO 1

**GERENCIA PÚBLICA
ESPECIALIZADA EN SALUD**

1. Antecedentes

La descentralización, la necesidad de directivos públicos profesionales y la experiencia en salud

De cara a los desafíos de desarrollo en el Perú, el fortalecimiento de la capacidad del aparato público es una preocupación de primer orden. De manera particular, la debilidad del cuerpo directivo ocupa una prioridad central. Recientemente, en el “Estudio Multidimensional del Perú, Evaluación Inicial de OCDE” del 2015, se resalta la trascendencia de una buena gobernanza y la consecución de capacidades reales del Estado para conseguir el desarrollo. En su capítulo sobre Gobernanza destaca, entre otros, tres obstáculos que tiene el Perú para lograrlo: (i) Baja confianza de los ciudadanos en sus instituciones, particularmente las de gobierno, (ii) Mala y pobre coordinación y monitoreo en la implementación de las políticas públicas tanto entre las entidades del Gobierno Nacional como entre niveles de gobierno, y (iii) Limitada capacidad de los gobiernos subnacionales para gobernar efectivamente (OECD, 2015, p.179).

El informe permite distinguir que la capacidad limitada del Estado, a nivel nacional y subnacional, genera una baja confianza y legitimidad de las instituciones y las políticas públicas. Sin duda, esta limitación es un desafío nacional de gran calado, lo que debe llevarnos a definir objetivos y medidas específicas de mediano y largo plazo para cerrar las brechas de desempeño directivo que son incalculables.

El 2007 la Contraloría General de La República remarcó que el “Shock Descentralizador” de ese año aceleró sustancialmente la transferencia de competencias y funciones a los gobiernos descentralizados, sin que se haya abordado el problema de las brechas de capacidades de gestión en las regiones y municipios (Contraloría General de la República, 2014, p.226). Este estudio resalta la necesidad de conformación del Cuerpo de Gerentes Públicos para superar el mal endémico de la debilidad de las capacidades de gobierno y gestión del Estado peruano.

El 2016 el foro del Acuerdo Nacional realizó un estudio que comparaba diferentes balances del proceso de descentralización. Una de sus principales conclusiones señala que era vital fortalecer la relación entre el servicio civil y el desarrollo de capacidades de los diferentes niveles de gobierno, con prioridad en los directivos subnacionales, en

tanto en esos niveles de gobierno se concentran la mayor parte de la provisión de servicios públicos que tienen mayor demanda poblacional, como salud y educación (Molina, 2016, p. 67).

Específicamente en el sector Salud, el 2013 se inició un proceso de reforma cuyo propósito central era la cobertura universal de salud y la expansión de los derechos en salud. En este marco, el Consejo Nacional de Salud elaboró un documento de propuestas de reforma. Entre las recomendaciones del capítulo de mejora de la Gobernanza sectorial se encontraba la dimensión directiva del sector salud, con un objetivo expreso: profesionalizar la conducción y gerencia del sector a nivel nacional y regional. Puntualmente en el lineamiento de “Fortalecimiento de la rectoría del sistema de salud” estaba el mandato de política 4.5 “Conformación de un cuerpo de funcionarios y gerentes públicos de salud para la conducción estratégica del sector y la gestión de los servicios de salud que tienen mayor cobertura poblacional” (Consejo Nacional de Salud, 2010, p. 28).

El Consejo Nacional señalaba que el sistema de salud necesitaba urgentemente un cuerpo de autoridades y gerentes para implementar las políticas de salud, realizar su monitoreo, y gestionar los resultados sanitarios regulares. Se destacaba que el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales necesitaban un cuerpo de profesionales de alta especialización en gobierno y gerencia para conducir el sistema de salud, regular los mercados de salud, supervisar, evaluar y ejecutar las políticas nacionales y regionales.

En ese momento se reconoció como una traba de desempeño de gestión la alta rotación del cuerpo de profesionales que buscaban ejercer la conducción estratégica sectorial e intergubernamental, y se identificó como una gran debilidad la ausencia de incentivos que atraigan a las mejores capacidades al subsector público de salud. Se destacaba la tensión entre la confianza política y los mecanismos de selección y evaluación meritocráticos de directivos fundamentalmente a nivel regional. En las regiones se había incrementado el ritmo de rotación de los directores regionales de salud, existiendo departamentos donde el promedio de duración era tres meses. La inestabilidad institucional que generaba esta situación era de gran preocupación por el efecto negativo en la gestión sanitaria con los consiguientes riesgos para la salud.

La situación identificada en ese período era crítica. Se caracterizó por problemas en la atención de los pacientes, maltrato a los usuarios de los servicios, fragilidad de la cadena de suministros de medicamentos e insumos en los puntos finales de atención, deficiencias en el manejo de los recursos y una ausencia sistémica de gestión por resultados. La situación, no muy diferente hoy, es que las instancias de conducción de gestión de servicios directos están en manos de profesionales de la salud sin especialización en gerencia, ni en gestión de resultados e innovación. En la agenda estaba la renovación en los equipos de conducción sectorial en el nivel regional, y en la operación de los servicios con equipos de profesionales altamente calificados, con competencias gerenciales, adecuadamente remunerados, con seguimiento y soporte para desempeñarse como directivos.

El 2012 el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales (Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales – ANGR) establecieron como prioridad de política intergubernamental la “Mejora de la gestión hospitalaria” para lo cual se acordó “Generar capacidades en 100 gerentes hospitalarios a nivel nacional, a través de un programa de formación de gerentes públicos”. El 2014 se amplió el acuerdo para “Fortalecer la capacidad de conducción de la autoridad sanitaria y de la gestión de los servicios de salud”, y se concertó “Conformar el cuerpo de gerentes públicos en salud a nivel de Direcciones Regionales de Salud - DIRESAs y Redes de Salud, bajo diferentes modalidades y generar capacidades en gerentes de servicios de salud a nivel nacional, a través de un programa de formación de gerentes públicos”. El 2015 se precisó la necesidad de diversificar las modalidades de selección y contratación.

El 2015 en el XX Congreso Latinoamericano “Reforma del Estado y Administración Pública” organizado por el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD) y la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) se abordó el área temática denominada “Profesionalización de la función pública como catalizador de los intereses ciudadanos”. Allí se analizaron los avances y limitaciones de los esfuerzos realizados por el MINSAs y los Gobiernos Regionales desde el 2012. Se reafirma la importancia de contar con un cuerpo directivo especializado para conducir la implementación de políticas de salud, en el marco del proceso de descentralización.

La experiencia analizada puso en evidencia que las grandes

barreras a enfrentar, cuando se busca conformar un cuerpo directivo profesional en salud para lograr objetivos de desarrollo sanitario e implementar reformas, son enormes: tendencias de la cultura política, las correlaciones de poder local, las resistencias de la burocracia y de los grupos de poder o stakeholders. La realidad muestra que enfrentamos un fuerte patrimonialismo de la política a nivel regional y local, que obstruye la implantación de un modelo basado en el mérito, más aún si es débilmente enlazado con las necesidades de la confianza política o si se le presenta como algo opuesto. Ese patrimonialismo existe y expresa la “tensión entre la profesionalización de la dirección pública y la democracia real” (Granados, 2015, p. 9). Por consiguiente, es menester mirar la conformación de un **cuerpo directivo** como un hecho político, y no como un hecho técnico. Los acuerdos formales son insuficientes y fiarse sólo de ellos puede traer extravío.

El servicio civil

El 2008 el Perú inició una de las transformaciones institucionales más importantes de su historia republicana: la reforma del servicio civil. Teniendo como telón de fondo el proceso de implementación del Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos de América, el Congreso de la República otorgó facultades legislativas al Poder Ejecutivo en distintas materias, incluida la modernización del Estado (SERVIR, 2016, p.13). Esta oportunidad de oro permitió diseñar y regular un nuevo servicio civil para superar su histórica debilidad institucional y darle aliento de largo plazo buscando su viabilidad y sostenibilidad.

La reforma se inicia con la aprobación de cuatro decretos legislativos: (i) El Decreto Legislativo N°1023, que crea la Autoridad Nacional del Servicio Civil-SERVIR como ente rector del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, y el Tribunal del Servicio Civil, (ii) El Decreto Legislativo N°1024, que crea y regula el Cuerpo de Gerentes Públicos, (iii) El Decreto Legislativo N°1025, que dicta Normas de Capacitación y Rendimiento para el Sector Público, y (iv) El Decreto Legislativo 1026 para un régimen especial facultativo para gobiernos regionales y locales que deseen implementar procesos de modernización institucional integral.

En julio del 2013 el Congreso aprobó la Ley N°30057, Ley del Servicio Civil, cerrando la etapa de creación del andamiaje a nivel de ley, de una reforma modernizadora del empleo

público que está en proceso de implementación enfrentando diversas dificultades. Posteriormente, en junio de 2014 se aprueba el Reglamento General de la Ley N°30057, Ley del Servicio Civil, mediante el Decreto Supremo N°040-2014-PCM.

2. El modelo conceptual de gerencia pública especializada en salud

¿Qué tipo de gerencia pública necesitamos en el sistema de salud? La pregunta implica que el sistema de salud requiere una gerencia pública particular o ad hoc, distinta a la gerencia de otros sectores o sistemas. Lo cierto es que para cada industria es pertinente la interrogante, por un principio de especialización en el sistema y por las exigencias que ésta pueda tener en un espacio de tiempo determinado, o por la situación precaria en la que se pueda encontrar. La pregunta inicial no implica un cuestionamiento per se a la noción de gerentes generalistas que se promueve en diferentes servicios civiles en muchos lugares del mundo, porque hasta un generalista tiene un perfil y la cuestión siempre será si su perfil responde a las exigencias de una industria en un tiempo dado, en una circunstancia específica, y ante unos desafíos estructurales o coyunturales. La médula de nuestra inquietud de partida ha sido si el sector salud puede seguir con la

conducción estratégica y operativa que tiene hoy.

La esencia de la gerencia pública en salud no radica en un conocimiento técnico de las profesiones de la salud, en lo que le es propio para las labores específicas de cada profesión, sino en el conocimiento que tenga ésta del sector que va a manejar, sean sus adalides de la profesión que sea. En tal sentido no se contrapone a lo que los sistemas directivos modernos definen como la función o la especialidad de dirigir lo público (SERVIR, 2018, p. 506), y más bien le otorga un valor, el del conocimiento de la industria, como se verá en el desarrollo del modelo propuesto.

En el caso del sistema de salud peruano, segmentado y descentralizado, con grandes brechas de capacidad gerencial ha sido pertinente hacerse el cuestionamiento. Los antecedentes expuestos muestran la profunda preocupación al respecto.

Respondiendo a la cuestión nuestro modelo conceptual reconoce, per se, atribuciones de valor al perfil directivo de profesionales que conforman un Cuerpo, y que se conectan con las especificidades del sistema de salud porque provienen de éste o porque tienen una inmersión sostenida que podemos llamar especialización en la industria.

Gráfico N° 1:
Modelo conceptual de gerencia pública especializada en salud



Fuente: Elaboración propia

Como se ve en el gráfico 1 el modelo está compuesto por tres piezas: (i) El agente o gerente que forma parte de un Cuerpo Directivo, (ii) La industria que es el sistema de salud, y (iii) El propósito de la gerencia pública que es, en este caso, el desempeño del sistema de salud.

El modelo tiene consideraciones sustantivas. Primera, que los agentes que poseen atributos generales de conducción, los cuales veremos hacia adelante, no son individuos de existencia aislada sino miembros de una “comunidad” de gestores que denominamos Cuerpo Directivo. Esta entidad tiene condiciones de pertenencia, especialización, desarrollo y controles para asegurar agentes pertinentes y capaces. Es la puerta de entrada y la fuente de provisión de directivos.

Segunda, la industria objetivo – el sistema de salud- es un sistema complejo por la cantidad de elementos que posee, por sus densidades tecnológicas, y por las implicancias de pericia y ética de su materia: la vida y la salud humanas.

Tercera, el propósito del modelo es el mejor desempeño, expresado en indicadores de salud, de funcionamiento del sistema y de acceso. En tan sentido, el valor del agente se mide por su contribución a estos resultados.

En las siguientes páginas nos dedicaremos a desarrollar los alcances de cada uno de los componentes y buscaremos concluir que la noción de Cuerpo Directivo tiene implicancias muy sintonizadas con la gobernanza multinivel que requiere la gestión del Estado peruano, más aún en una industria compleja como el sistema de salud.

2.1. Dirección pública profesional, el desarrollo de un Cuerpo directivo.

La irrupción de la burocracia en el mundo moderno como fuerza instituyente e instituida de profesionalización de manejo del Estado es un fenómeno de gran relevancia para la vida de las sociedades modernas. Para Max Weber el basamento de la burocracia es el principio de sectores jurisdiccionales estables y oficiales que se organizan a través un ordenamiento normativo, con un accionar ordenado por deberes oficiales, atributos rigurosos de coerción y con un nivel de calificación para su ejercicio.

La esencia de modernidad que se encuentra en la burocracia moderna, por lo tanto, es un sentido de fidelidad con “la

administración” no con las personas, como lo era en los tiempos premodernos donde la lealtad se daba hacia un señor. “Para el carácter específico de la moderna fidelidad a un cargo es esencial el hecho de que, en el tipo puro, el cargo no determine una relación con una persona, como la fe del vasallo o el discípulo en las relaciones de la autoridad feudal o patrimonial” (Weber, 2000: 11). Cuando los partidos políticos o sus sucedáneos en el gobierno “no insisten en las condiciones de pericia sino en los servicios prestados por los militantes al cacique del partido” (Weber, 2000: 16) se configura un orden de arbitrariedad y patrimonialismo.

No obstante, la importancia de una burocracia que se desarrolla y se mantiene en base a reglas y procedimientos, en lugar del apego a un dueño privado de la administración, la tendencia a la cooptación de los puestos públicos por una inclinación al “derecho al cargo” limita la movilidad y el acceso al servicio público en su renglón directivo. Asimismo, la renovación de cuadros directivos de cada ciclo democrático colisiona con este orden de estabilidad, en una batalla cíclica de democracia/burocracia. Las fórmulas para resolver los dilemas de renovación-estabilidad no son unívocas y forman parte del discernimiento de los Estados que buscan un modelo para resolver la tensión instituida respecto a la dirección pública.

El aporte de Weber radica en la profesionalización del manejo del aparato público, alejándolo del concepto patrimonial y de la no idoneidad. Desde su perspectiva, la burocracia sabe de los temas técnicos, conoce, por lo tanto, las materias sectoriales o transversales de la administración. Así el mérito de los profesionales burócratas es su conocimiento técnico. No obstante, no responde a todas las exigencias del manejo de lo público, que es lo que podríamos llamar las “falencias del modelo burocrático weberiano” (SERVIR, 2018, p.489), obviando la capacidad de dirigir de los generales de la administración, cuyo mérito es la “capacidad directiva”. En pocas palabras, Weber es ajeno al concepto de gerencia pública. Esto da pie a plantear la irrupción de la dirección pública profesional.

La Dirección Pública Profesional - DPP

La Carta Iberoamericana de la Función Pública remarca que un sistema profesional y eficaz de función pública es “una pieza clave para la gobernabilidad democrática de las sociedades contemporáneas, y para la buena gestión pública” (Carta

Iberoamericana de la Función Pública , 2003, p.5), y que ésta se constituye por el conjunto de arreglos institucionales que articulan y gestionan el empleo público. Estos contienen normas, escritas o informales, estructuras, pautas culturales, políticas explícitas o implícitas, procesos, prácticas y actividades diversas para garantizar un manejo adecuado de los recursos humanos, bajo una administración pública profesional y eficaz, cuya finalidad es el bien común.

Específicamente sobre la función directiva profesional señala que es el “segmento de cargos de dirección inmediatamente subordinado al nivel político de los gobiernos, cuya función es dirigir, bajo la orientación estratégica y el control de aquel, las estructuras y procesos mediante los cuales se implementan las políticas públicas y se producen y proveen los servicios públicos. Se trata de una función diferenciada tanto de la **política** como de las profesiones públicas que integran la **función pública ordinaria**. La adecuada definición y consolidación de una dirección pública profesional son básicas para un correcto diseño institucional de los sistemas públicos contemporáneos” (Carta Iberoamericana de la Función Pública , 2003, p.26).

La Carta precisa los arreglos institucionales que hacen posible su constitución, funcionamiento y desarrollo:

- a. Una esfera de delegación en la que sea factible el ejercicio de un núcleo de discrecionalidad directiva en las materias y decisiones propias de la gestión.
- b. Unos sistemas eficaces de control y rendición de cuentas que faciliten la exigencia de responsabilidades a los directivos. Los sistemas de control más adecuados al ejercicio de la dirección son los que operan preferentemente sobre los resultados.
- c. Un elenco de premios y sanciones vinculados a la responsabilidad asumida, y derivados de la evaluación de los resultados de la gestión.
- d. Un conjunto de valores comunes de referencia, centrados en la racionalidad en el manejo de los recursos y en la creación del mayor grado de valor público mediante el adecuado uso de aquéllos.

Estas afirmaciones se condicen con la necesidad de conducción de las burocracias y la implementación de las reformas administrativas que requieren un alto grado de desarrollo de los sistemas de alta dirección pública (Iacoviello 2011, p. 2). De esta manera, la DPP es un elemento de orden,

viabilidad y efectividad de los procesos de reforma de diferentes sistemas, y de manera particular de las de modernización del Estado.

No obstante, los obstáculos son titánicos. Un análisis de la trayectoria de la profesionalización de la alta dirección pública en América Latina (Iacoviello, Llano y Strazza, 2011) muestran como los factores políticos resisten la instauración de sistemas de DPP. Los políticos resisten los cambios porque éstos limitan sus prerrogativas y los funcionarios de carrera ven amenazas en ciernes. La cultura clientelar y los rasgos patrimoniales que caracterizan la política tiñen al cuerpo directivo. La conciencia creciente sobre estos problemas estructurales y su impacto negativo en el desempeño del sector público va permitiendo la emergencia de iniciativas para profesionalizar los segmentos de funcionarios de libre designación o de confianza lo que permitiría darles flexibilidad y robustez a los cuerpos directivos.

El marco donde se mueven estos esfuerzos por darle profesionalidad específica a la dirección pública son los sistemas de servicio civil. En un estudio de Grindle (2012) sobre la implementación de estos sistemas identifica un conjunto de mecanismos de resistencias para su implantación como obviarlo, desestabilizar la entidad rectora o responsable, reducirle su financiamiento, dilatar el proceso, cuestionar la credibilidad del sistema, reclamar la autoridad sobre el proceso de reclutamiento, recortando el espectro del mandato de la reforma, y elaborando los puestos en función a los candidatos.

Una reseña sobre las experiencias europeas respecto a la implantación de DPP (Jiménez, Villoria y Palomar, 2009) da cuenta como el cuerpo directivo se sitúa entre el “gobierno” y la “función pública” o empleo público. Jiménez (2009) destaca que esta franja intermedia de directivos está “plagada de tensiones, puesto que ese nivel directivo ya está siendo ejercido por profesionales de la política o por criterios de designación política o por altos funcionarios pertenecientes a estructuras corporativas de la propia Administración Pública...”. Por lo tanto, que este cuerpo directivo tiene el gran desafío de ejercer el rol de mediar los mundos de la política con la administración, de modo la política pública sea viable y cree valor público. En Reino Unido existe el *Senior Civil Service* cuya orientación hacia la prolijidad en la descripción de los puestos más altos que tienen un “contacto epidérmico” con el espacio político es

muy importante, precisamente por su trascendencia. En Alemania la denominación expresa a los “funcionarios políticos” o la “dirigenza pubblica” de Italia, ponen de manifiesto que se trata de un segmento de alta responsabilidad, que se mueve en la tremenda complejidad de hacer funcionar los vasos comunicantes entre la política y la administración.

Los modelos generales de dirección pública

Con el propósito de diseñar un modelo de la función directiva pública para el Perú, SERVIR (2016) realizó una revisión sobre los diferentes modelos o enfoques existentes. Refiriendo a Villoria (2009) identificó tres tipos: (i) Dirección Pública Burocrática, (ii) Dirección pública “politizada”, y (iii) Modelo Gerencial.

El primer tipo se caracteriza por la alta profesionalización técnica, a través de una carrera vertical y cerrada, donde la

dirección pública es la llegada de la maratón. Así los puestos son vitalicios. Los exponentes más puros de este modelo son Francia y Reino Unido.

El segundo modelo se caracteriza por ser un sistema abierto de acceso a los puestos directivos, bajo el criterio definitorio de confianza política y discrecionalidad total en la elección y en la remoción de los directivos. Las competencias para el puesto no se consideran. Los principales países donde el modelo es vigente son aquellos que están en vías de desarrollo, en el Perú, y en España antes que entraran en vigor sus reformas iniciadas entre 1997 y 2003. SERVIR resalta que este modelo no mide el rendimiento, ni las capacidades profesionales, ni las competencias que exigen los puestos. Asimismo, que sus reglas de selección y remoción juegan contra el espacio de “Autonomía razonable”, frente al poder político y sus presiones, que deben tener los directivos públicos.



El “modelo gerencial” de la función directiva pública se ubica entre los dos extremos de la tradición internacional sobre conducción pública que oscila entre el modelo burocrático puro de puestos vitalicios y la confianza política pura donde la permanencia es volátil e impredecible, como se aprecia esquemáticamente en el gráfico 2. En el modelo gerencial el acceso a la función responde a un perfil de competencias, abierto a los que cumplen con el perfil, bajo reglas de selección, permanencia y remoción, basadas en el desempeño del ejercicio directivo. Países donde se implementa son Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos, Canadá y Chile. Es el modelo elegido por SERVIR para ser implementado en el Perú.

Este modelo según Villoria (2009) es “resultante del desarrollo de ideas y valores de eficacia y eficiencia en el sector público. Su objetivo inicial fue de reclutar directivos públicos con experiencia en funciones directivas en el sector público o privado. El acceso se realiza mediante instrumentos que garanticen el mérito. Los directivos públicos son profesionales de la dirección (por dedicación, conocimientos, habilidades y destrezas). Existe un procedimiento público de selección o designación basado en la demostración de la posesión de competencias. El puesto es ejercido con temporalidad en el desempeño de las funciones (sujeta a resultados o con tiempo prefijado de mandato). Está asegurado un sistema de incentivos para favorecer la eficacia y eficiencia: premios y sanciones (sobre todo, el cese por

incumplimiento del contrato o los indicadores asumidos). El sistema de cese está vinculado, sobre todo, al rendimiento: no caben los ceses discrecionales o “políticos”. El cese normal es por resultados insuficientes en la gestión o por finalización del periodo para el que ha sido designado el directivo. Los directivos, una vez seleccionados, disponen de poderes propios o delegados para dirigir la organización (personal, organización, presupuestos, etc.). Se intenta dejar que los gestores gestionen en el marco de planes o “contratos-programa” definidos por el principal, que es el gobierno. Por ello, existe un marco de responsabilidades: acuerdos de gestión, evaluación, indicadores, etc. Dicho marco define el sistema de rendición de cuentas de estos directivos con respecto al gobierno, el Parlamento y la ciudadanía. Tiene cierta influencia del sector privado y exige la caracterización de puestos directivos”¹.

Villoria (2009, p. 108) compara los tres modelos y concluye que el “primero es profesional pero no es directivo. El segundo puede ser directivo, pero no es profesional. Y sólo el tercero permite articular dirección con profesionalidad”. En el tercer modelo el reto de la modulación del político está presente, y es materia de una gestión ad hoc, basada en reglas, ciertamente, pero sobre todo en una gestión política del proceso de selección y asignación.

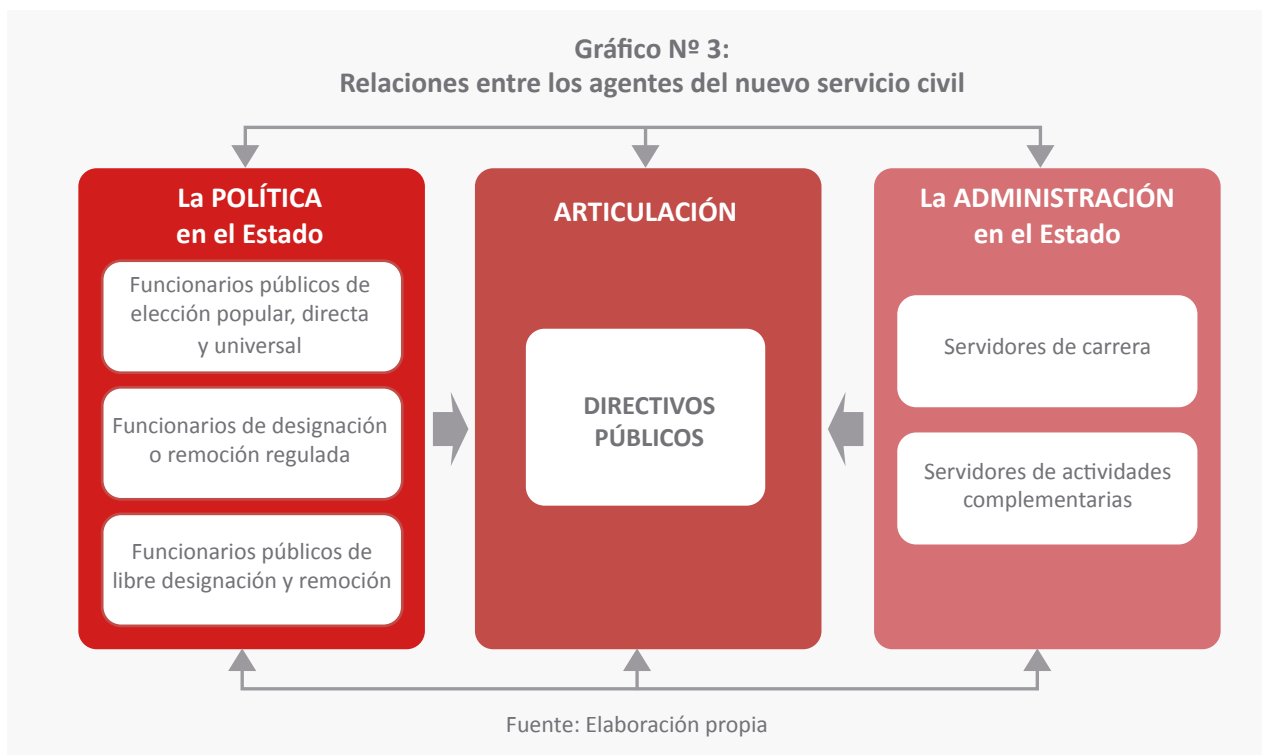
Es importante centrarnos en la naturaleza del directivo público. La Carta Iberoamericana de la Función Pública, como hemos reseñado, apunta a ese rol bisagra del directivo entre la política y la administración. Subordinado a los que ejercen el poder político de los gobiernos, desarrollan la función de dirigir, bajo la orientación estratégica y el control del político, las estructuras y procesos que hacen que las políticas públicas y los servicios públicos funcionen. “Se trata de una función diferenciada tanto de la política como de las profesiones públicas que integran la función pública ordinaria” (Carta Iberoamericana de la Función Pública, 2003, p.26). Diversos autores coinciden al respecto. Longo, citado por SERVIR (2016), en particular, destaca la profundidad del rol del directivo público, afirmando que “la

incorporación de directivos públicos entre los estratos político y burocrático de la Administración Pública ha significado una irrupción en la lógica weberiana clásica, alterando el statu quo protagonizado por los políticos y los profesionales burócratas, posicionándose como una bisagra articuladora entre dichos actores”.

En tal sentido, el gráfico 3 muestra el rol que deben jugar los directivos públicos peruanos en el entramado de agentes del sector público, para jugar su rol bisagra. La esfera de la política dentro del sector público está constituida por aquellos funcionarios públicos del régimen del servicio civil que provienen de (i) Elección popular donde se encuentra el Presidente de La República, los congresistas, los gobernadores y los alcaldes; (ii) Designación o remoción regulada, como los magistrados del Tribunal Constitucional, el Defensor del Pueblo, el Contralor General de la República, entre otros; y (iii) Los de libre designación y remoción como los ministros y viceministros.

La esfera de la administración está compuesta por los servidores de carrera y los servidores de actividades complementarias que son el grupo más numeroso. Los directivos públicos cumplirán su cometido que es la implementación de las políticas públicas, la regulación y fiscalización de los mercados y la prestación de servicios para lo cual tendrán que interpretar a sus políticos, motivarlos o asistirlos para las definiciones estratégicas y para la gestión diaria. Y deberán servir de correa de transmisión hacia la administración quien es la que opera las políticas, la regulación y supervisión de los mercados y los servicios finales que se entregan a los ciudadanos. Los directivos públicos son los responsables de “hacer que las cosas sucedan” llevando los mandatos de la política a la administración y produciendo resultados con el trabajo de otros, precisamente de aquellos que son los más numerosos. Su rol gerencial le permite moverse en ese entramado para generar valor público para la sociedad, gestionar la obtención de resultados sociales, económicos, ambientales e institucionales, y hacerlo con racionalidad económica.

¹ Villoria, M. (2009). La función directiva profesional. En R. Jiménez, M. Villoria, A. Palomar. La Dirección Pública Profesional en España. Barcelona: Paidós (pp. 65-121).



El modelo gerencial de SERVIR identifica claramente cuáles son **los ámbitos de la función directiva**, por medio de los cuales se ejerce el rol bisagra; (i) Gestión del entorno político, (ii) Gestión estratégica y (iii) Gestión operativa.

La gestión del entorno político consiste en agenciar las condiciones que hacen posible definir, financiar, implementar, rediseñar, evaluar y dar de baja políticas y servicios públicos. Los gestores saben que para lograr estos propósitos se necesita apoyo y legitimidad (SERVIR, 2016, p.39) para su político y para las iniciativas que éste promueva, de modo que existan condiciones para operar el emprendimiento. En otros casos, ciertamente, las iniciativas pueden venir del propio directivo, en ese caso la gestión vertical hacia los políticos y la lateral hacia sus pares fuera de su ámbito de autoridad directa son esenciales. Los elementos de la gestión del entorno político son identificados por SERVIR (2016) como: (i) Emprendimiento de políticas, (ii) Gestión del desarrollo de las políticas, (iii) Negociación pública, (iv) Deliberación pública y (v) Marketing público y comunicación estratégica.

La gestión estratégica consiste en la definición y adecuación de objetivos, estrategias y políticas que busquen valor público, el logro de objetivos y la resolución de problemas de

los ciudadanos. Este ámbito de actuación permite que los políticos y los gestores deliberen sobre las finalidades y los cursos de acción para conseguirlas y tomen decisiones estratégicas. Los elementos que la constituyen son: (i) Análisis estratégico, (ii) Diseño de políticas y planeamiento estratégico, (iii) Gestión por procesos, (iv) Gestión por resultados, (v) Seguimiento, monitoreo y evaluación, (vi) Innovación de la gestión pública, y (vii) Gestión de los recursos humanos.

La gestión operativa consiste en desplegar las capacidades institucionales en el campo legal, financiero, material, humano y procedimental para obtener los resultados asumidos expresamente. Este ámbito es donde se juega la existencia de la industria, es decir donde las cosas suceden o no, se hacen bien o mal, y se produce la satisfacción de los ciudadanos. Fuera de esta caja habrá visión, estrategia, financiamiento y toda la voluntad política, pero no concreciones. Los elementos que la conforman son: (i) Planificación operativa, (ii) Capacidad técnica, rediseño y/o simplificación operativa, (iii) Racionalidad económica, (iv) Legalidad de las políticas, (v) Transparencia y rendición de cuentas, y (vi) Control.

SERVIR enfatiza que un aspecto transversal de los tres

ámbitos de la función directiva es la creación de valor público, el mismo que se encuentra en el centro de las orientaciones estratégicas del sector público. “El valor público, si bien es un concepto subjetivo, puede ser visto como la entrega de beneficios sociales para los ciudadanos, reconocidos como tal por éstos, de modo que... obtengamos la mayor rentabilidad social de los recursos públicos que se invierten. La noción de valor público genera un círculo virtuoso porque al entregar bienes y servicios útiles y satisfactorios para los ciudadanos se produce la legitimidad y credibilidad de la acción pública, lo que es una consecuencia y, a la vez un flujo que retroalimenta la confianza de los servidores en el valor social de lo que “producen” (Granados, Arturo. 2018)².

2.2. El sistema de salud

El interés por la medición del desempeño de los sistemas de salud en el mundo ha sido una preocupación creciente de la Organización Mundial de la Salud. Esta inquietud global, que luego ha permitido definir de manera operacional un conjunto de indicadores reportados anual y mundialmente, trae como exigencia definir ¿Qué son los sistemas de salud y cuáles son sus alcances o límites? Murray y Frenk (2000) para establecer una definición operacional parten del concepto de «acción sanitaria». Esta la definen como “cualquier conjunto de actividades cuyo fin principal sea la mejora o el mantenimiento de la salud” (Murray y Frenk, 2000, p.150). Además, agregan que un sistema de salud implica el conjunto de los recursos, actores e instituciones relacionados con la reglamentación, financiación y la ejecución de acciones sanitarias de diferente índole. Lo que ellos denominan el **criterio del fin principal** los lleva a una definición bastante amplia del sistema de salud. Así, este incluye las acciones de mejora de la seguridad vial, del tráfico de vehículos, en tanto su finalidad principal es reducir el número de accidentes vinculados, y por supuesto, los servicios de salud personal contribuyan o no a la salud, en tanto su propósito sanitario no es controvertible. Asimismo, el criterio de **fin principal** jala a todos los actores e instituciones cuya finalidad cardinal es contribuir a la mejora de la salud.

Pero esta definición, por más amplia que sea, también,

excluye acciones y entidades que influyen poderosamente en la salud de las personas y las comunidades (Murray y Frenk, 2000, p.150). Por ejemplo, la educación de las niñas, el acceso de las mujeres a la educación secundaria y universitaria, el empleo de poblaciones vulnerables o la construcción de viviendas, en tanto sus finalidades principales no son mejorar la salud, aunque su impacto en ella sea contundente. Esto abre la discusión de los determinantes de la salud, que desde la perspectiva salubrista puede cumplir con el **fin principal** de Murray y Frenk. No obstante, los límites tendrán siempre zonas grises o fronteras, lo que tendrá implicancias para acometer la definición de resultados, metas y responsabilidades del sistema y de sus agentes.

La Organización Mundial de la Salud en su “Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud” se pregunta ¿Qué son los sistemas de salud y qué hacen? En primer lugar, reconoce la dificultad de hacer una definición exacta de lo que es, de sus componentes, de dónde empieza y termina. En sentido general, define que éste “abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, reestablecer o mantener la salud” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 6). Es indubitable que en este espectro ingresan, en primer lugar, los servicios de salud de diferente propiedad, fuente de financiamiento o nivel de complejidad.

Concomitantemente, “las actividades tradicionales de salud pública como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, y otras intervenciones que benefician a la salud, como el mejoramiento de la seguridad vial y ambiental, también forman parte del sistema. Quedan fuera de esta definición las actividades cuya finalidad principal es distinta de la salud, la educación, por ejemplo, aún si estas actividades tienen un beneficio secundario que mejora la salud. En consecuencia, el sistema general de educación no entra en la definición, pero la educación relacionada especialmente con la salud sí forma parte...” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 6). El informe añade otros ejemplos de medidas que forman parte del sistema, como el incremento de la matrícula escolar de las niñas, la adecuación curricular para que los estudiantes sean mejores

² Granados, A. La construcción de un cuerpo directivo de salud descentralizado -Profesionalizando el Servicio Civil Reflexiones y propuestas desde el Perú y América Latina (2018). pp. 733 y 743.

consumidores de servicios sanitarios.

Desde luego, esta manera de definir un sistema tiene complicaciones porque las medidas –en el campo laboral, productivo, social en general, ambiental, entre otros– en sí mismas no son entidades. Las medidas tendrán repercusiones positivas o negativas en la salud, pero no tienen necesariamente que formar parte de un sistema, cuya esencia en cierto sentido de pertenencia institucional o sectorial, financiera, o en sentido más amplio programática. Extrapolando, no todo lo que influye sobre la educación es parte del sistema educativo. No obstante, la salud es un sistema complejo, multidimensional y probablemente la materia más multisectorial que tiene una sociedad o un ecosistema. La OMS, en el informe referido, a contrapelo de lo señalado, asume que la manera amplia de su definición no supone grado alguno de integración, ni de titularidad, ni de responsabilidad en un agente aglomerante. Pero agrega, que casi universalmente los países tienen un sistema de salud, que por más fragmentado que se encuentre, con diferentes organizaciones y arreglos y aunque parezca funcionar de manera asistemática, existe.

La definición más convencional y sectorial que propone la OMS es “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero” (Organización Mundial de la Salud, 2005).

¿Qué ofrece y contiene un sistema de salud, en el sentido más sectorial del término? La OMS señala que los sistemas de salud tienen la responsabilidad de mejorar la salud de las personas, protegerlas de las pérdidas financieras del costo de la enfermedad, y tratarlas, en su condición de seres humanos, con dignidad. En resumen, los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 9):

- a. Mejorar la salud de las personas a las que sirve.
- b. Responder a las expectativas de las personas.
- c. Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

El sistema de salud contiene las redes de servicios, de distintos proveedores y financiadas por diferentes agencias, y la gestión territorial de los determinantes sociales de la salud que se promueve desde las instituciones sanitarias de los diferentes niveles de gobierno. Visto así, **la gestión** del abordaje de los determinantes que se producen en otros sectores o sistemas (el educativo, el económico, el ambiental, etc.) son responsabilidad de las entidades de salud y sus gestores, aunque la acción específica sea de otro sistema y responsabilidad de otros gestores. En esta línea ayuda otra de las preocupaciones globales denominada la **“salud en todas las políticas (STP)”**. La orientación se remonta hasta la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1946, donde se sanciona que “Los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus pueblos que puede cumplirse solo mediante el suministro de medidas sanitarias y sociales adecuadas”. Recientemente la Octava Conferencia Global sobre Promoción de la Salud realizada en Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio de 2013, centró la orientación OMS en la definición de “Salud en todas las políticas”.

Aunque, como hemos señalado, sus raíces nos llevan hasta el origen de la Organización Mundial de la Salud, este enfoque está basado en un amplísimo patrimonio de ideas, acciones y evidencia que surgen desde la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud (1978) y la Declaración de Ottawa Carta para la promoción de la salud (1986). STP es un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores, que los debe llevar a considerar sistemáticamente las implicaciones para la salud de sus decisiones, buscar sinergias entre ellos y evitar daños e impactos negativos en la salud. Está basado en los derechos y obligaciones relacionados con la salud, y busca fortalecer la rendición de cuentas de los responsables de las políticas sobre el impacto en la salud. Enfatiza, asimismo, las consecuencias de las políticas públicas en los sistemas de salud, en los determinantes de la salud y el bienestar general de las poblaciones. En una perspectiva holística contribuye al desarrollo sostenible (Organización Mundial de la Salud, 2014, p. 3).

STP es un enfoque que ayuda a mirar los contornos del sistema de salud sabiendo que hay aspectos, dimensiones, actividades humanas y políticas específicas que están fuera del sistema de salud pero que por sus efectos e impactos son un terreno de intervención desde la gestión o promoción que

realiza el sector salud desde sus diferentes niveles. Como podemos ver se trata de un sistema abierto, complejo, de un exigente abordaje para que los gestores sean decisores de política, operadores o supervisores.

Es fundamental una definición operacional de los límites y de los resultados dentro del sistema de salud y, por consiguiente, de las responsabilidades, más aún si lo que se busca es vincular la acción de los agentes –directivos públicos- con el desempeño del sistema de salud.

2.3. El desempeño del sistema de salud

La mejora del desempeño de cualquier sistema está definida por los objetivos, indicadores y metas vinculados a su finalidad. En el caso del sector salud es necesario precisar que hay resultados y metas de diferente naturaleza. Murray y Frenk distinguen entre metas intrínsecas y metas instrumentales. Las primeras están teñidas por la razón de ser del sistema, que en nuestro caso es la mejora de la salud. “La meta definitoria del sistema de salud es mejorar la salud de la población. Si los sistemas de salud no contribuyeran a mejorar la salud, optaríamos por eliminarlos. La salud de la población debe reflejar la salud de las personas a lo largo de la vida e incluir como componentes esenciales la mortalidad prematura y los episodios de salud no mortales. Interesa tanto el nivel medio de salud de la población como las desigualdades en la distribución de la salud de la población” (Murray y Frenk, 2000, p. 152).

Vinculando nuestro discernimiento con los tres objetivos fundamentales de los sistemas de salud de la OMS podemos señalar que las metas intrínsecas se despliegan en (i) Mejorar la salud de las personas a las que sirve, (ii) Responder a las expectativas de las personas, y (iii) Brindar protección financiera contra los costos de la mala salud. El nivel de logro en estas áreas es un indicativo importante, que ayuda, asimismo, a comparar los países respecto de su estado de salud y de su sistema, pero no es suficiente.

A continuación, es necesario comparar los “logros con lo que el sistema debería ser capaz de lograr, es decir, determinar lo mejor que podría lograrse con los mismos recursos (desempeño). Aunque se pueda avanzar en la lucha contra muchos problemas de salud de la sociedad, algunas de las causas están completamente fuera del alcance de los sistemas de salud, aun cuando se les considere en un sentido

amplio... Sin embargo, es procedente pedirles cuentas por la mortalidad y morbilidad evitables del parto, el sarampión, la malaria o el consumo del tabaco. Para emitir un juicio justo sobre el daño a la salud que se podría evitar se necesita un cálculo aproximado de lo mejor que cabría esperar y lo mínimo que podría exigirse del sistema. Lo mismo ocurre respecto al progreso en la consecución de los otros dos objetivos, aunque es mucho menor lo que se sabe de ellos” (Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 25).

Los sistemas de salud tienen, también, responsabilidad de reducir las desigualdades en el acceso al bienestar del buen estado de salud en sus poblaciones. De esta manera, señala la OMS, el objetivo de la buena salud es doble: alcanzar el mejor nivel posible (eficiencia) y procurar las menores diferencias posibles entre las personas y grupos (equidad). El mejor nivel posible y la mayor equidad posible. También, señala que, en contraste con los objetivos de buena salud y capacidad de respuesta, no existe un significado ad hoc de buen financiamiento. No obstante, se espera que el grado de equidad con que se distribuye la carga financiera sea un indicador de su bondad. Pero la equidad del financiamiento se orienta a la distribución y no a la suficiencia. Por lo tanto, no está relacionado con el volumen de los recursos que se necesitan ni con la forma de uso de los fondos.

Sin embargo, si bien entre los objetivos del sistema de salud no se consideraba necesariamente “un nivel determinado de gasto total, ni en términos absolutos ni en relación con los ingresos” (Organización Mundial de la Salud, 2000, pp. 28-29), recientemente se ha avanzado en fijar como un mínimo deseable de financiamiento público el 6% del PBI (OPS/OMS, 2014), lo que nos lleva a pensar que hay un mínimo necesario de financiamiento para poder proporcionar a toda una población algunos de los servicios más eficaces contrarrestando la tendencia de muchos países pobres que gastan excesivamente poco para garantizarlos.

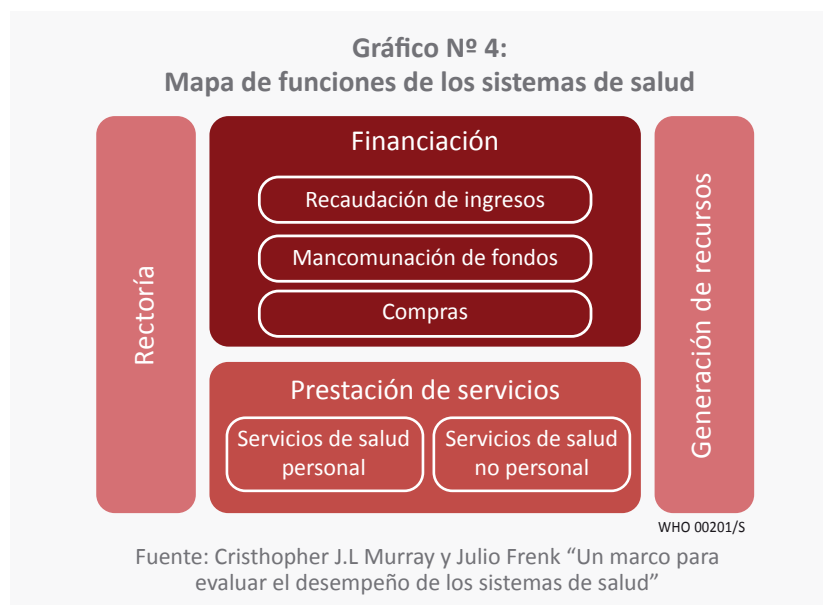
El concepto de desempeño

Precisando la noción de desempeño, podemos recurrir nuevamente a Murray y Frenk, para señalar que no se trata de comparar los valores de los indicadores entre países. “Sin embargo, el concepto de desempeño es más complejo que el simple registro del grado de logro de las metas. Para determinar el desempeño de un sistema de salud es necesario relacionar los resultados logrados y los resultados

que podrían haberse obtenido. En otras palabras, el desempeño es un concepto relativo. Un país rico tiene niveles más altos de salud que un país pobre, pero ¿qué país ha alcanzado un mayor nivel de desempeño en relación con los recursos del sistema de salud? Afirmamos que el desempeño debe evaluarse en relación con los mejores y peores resultados posibles en unas determinadas circunstancias” (Murray y Frenk, 2000, p. 152).

La noción de desempeño se orienta al cumplimiento de las obligaciones que son inherentes a profesiones, ocupaciones y a organizaciones de diferente índole o naturaleza. En el caso de los sistemas, es necesario, por lo tanto, contar con un marco de referencia de las obligaciones o responsabilidades de sus componentes, de modo que luego se precisen las unidades de medida, los procedimientos e instrumentos para

medirlas. Identificar esos componentes del sistema de salud, sus roles y medidas de cumplimiento e identificar los elementos que inciden en la variación de su desempeño es indispensable. Como vemos abajo en la figura que tomamos prestada del trabajo de Murray y Frenk las organizaciones que conforman todo sistema de salud deben cumplir cuatro funciones matriciales: rectoría, financiación, prestación de servicios y generación de recursos de diferente índole como los humanos, físicos, tecnológicos e intelectuales. Los autores referidos, agregan, que “Es posible comparar las soluciones a esos problemas con arreglo a tres categorías principales, que configuran un proceso continuo que va de las directrices generales de política a aspectos operativos concretos: **diseño estratégico, mecanismos estructurales y gestión de la ejecución**” (Murray y Frenk, 2000, p. 156).



Este mapa de las funciones de los sistemas de salud es un punto central para ver las áreas de desempeño de los gestores o directivos públicos en la compleja industria sanitaria. Nos permite ver que, de acuerdo con la ubicación y roles de éstos, sus contribuciones al desempeño son variables e interdependientes. Un planteo conceptual y operativo debe permitir ver los resultados de conjunto, que son por definición los de estado de salud, y luego contribuciones diferenciadas que juegan con la finalidad del sistema. Un planteamiento de cuerpo directivo en salud para todo el espectro de las funciones debe ubicar la trama de resultados y las contribuciones de cada cual, de modo que los

generales de la industria se muevan con propiedad, y se puedan, además, rendir cuenta mutua y planteen exigencias recíprocas, condicionadas y condicionables, en un esquema de construcción de corresponsabilidad y de construcción de la arquitectura de resultados.

Como ya lo ha destacado SERVIR (2016), el sistema de Dirección Pública Profesional (DPP) implica la definición de un marco de responsabilidades del directivo público, contenido en un Acuerdo de Gestión (un ‘contrato de gestión’ o un ‘contrato-programa’) entre un Principal y un Agente. Este marco de responsabilidades que orienta el

control del desempeño del directivo contiene objetivos, metas e indicadores, y se corresponde con la asignación de recursos personales, materiales, tecnológicos y financieros. La acción del directivo, en consecuencia, se somete a un sistema de evaluación del desempeño y de los resultados.

Podría decirse, además, que un Cuerpo Directivo Multinivel podría generar tensiones productivas y de diálogo horizontal, aún en una trama jerárquica muy presente. La idea de CUERPO directivo juega mejor con las nociones de gobernanza –reglas, grados de estabilidad y mecanismos de deliberación y adopción de acuerdos- aunque ésta se complejice por la dimensión multinivel y las relaciones intergubernamentales de nuestro ordenamiento estatal. ¿Por qué juega mejor? El Cuerpo Directivo genera un espacio de intercambio que favorece la interacción horizontal para deliberar y buscar ideas de solución a los problemas de la conducción y gestión sectorial, aunque las decisiones se adopten en los espacios donde exista verticalidad. Además, esta entidad provee y forma a los directivos para los diferentes niveles de gobierno y roles, los circula, los promueve y los asiste. Finalmente, esta entidad es un arreglo institucional, un conjunto de reglas expresas que, por lo tanto, juega bien con otros arreglos institucionales, conjunto de reglas, para gobernar el sistema complejo de la salud.

¿Cuál es la evidencia para optar por una dirección pública profesional en salud? Las revisiones internacionales que buscan correlaciones entre cuerpo directivo profesional meritocrático y desempeño de las instituciones son escasas. En el caso de salud, no obstante, existe un estudio sobre gestión hospitalaria y alta dirección pública profesional que muestra evidencia en base a un estudio econométrico en Chile. El estudio denominado “Impacto del Sistema de Alta Dirección Pública (SADP) en la Gestión Hospitalaria. Un

Análisis Empírico” (Loreto, 2013) investigó si la selección de directores de servicios de salud a través del SADP tuvo efecto en la eficiencia de la gestión hospitalaria. Las variables de gestión hospitalaria que utilizados fueron: días de estada promedio de los pacientes en los hospitales, rotación de pacientes hospitalizados, tasa de utilización de pabellones en relación con los pabellones disponibles y tasa de letalidad de los pacientes hospitalizados. La conclusión central del estudio fue que el servicio de salud en los hospitales muestra mejores resultados cuando el cargo de director comienza a ser provisto por el SADP, según mostró la revisión de los indicadores propuestos.

El resultado de las mediciones, concretamente, mostró mejoras significativas: “la estada promedio de los pacientes en los hospitales se redujo en un rango de 7% a 11%, la rotación de pacientes aumentó en torno al 1%, la tasa de utilización de pabellones se incrementó entre 9% y 16% y el índice de letalidad hospitalaria disminuyó entre 3% y 7% (Loreto, 2013, pp. 92-93)”. El estudio agrega además como causas posibles de la mejora en la gestión de los directores de salud elegidos por el SADP: el proceso de selección meritocrático, el aumento en las remuneraciones de este tipo de directivos, la introducción de la indemnización por años de servicio en el cargo que permite una mayor captación de profesionales altamente calificados y la suscripción de convenios de desempeño para orientar y medir la gestión de los altos directivos (Loreto, 2013, p. 93). Finalmente, concluyen, que conceptualmente es viable inferir que estos resultados son “extrapolables a otros servicios públicos, pues las razones de la mejora en gestión atribuidas a los directores elegidos bajo el nuevo sistema son generales y pueden ser aplicables en otras áreas” (Loreto, 2013, p. 93).

CAPÍTULO 2

EL PROCESO DE SELECCIÓN DE GERENTES PÚBLICOS DE SALUD

1. El proceso de selección de gerentes públicos de salud

El Ministerio de Salud, en el marco de un proceso de reforma como se ha señalado en el primer capítulo, el año 2012 identificó que se requería de un cuerpo de autoridades y/o gerentes que conduzca la implementación de las políticas en salud, monitoree, y gestione los resultados sanitarios que el país necesita, en condiciones de estabilidad en los puestos y con competencias directivas.

Como producto de la concertación entre el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales se establecieron acuerdos intergubernamentales para alcanzar la especialización en gobierno y gerencia para liderar el aparato público de salud que debe regular, supervisar, evaluar y ejecutar las políticas nacionales y subnacionales en salud. El arribo a estos acuerdos estratégicos se da, precisamente, en contrapartida de las dificultades existentes que se detectaron en ese momento: la alta rotación del cuerpo de profesionales que soportan la conducción estratégica sectorial e intergubernamental, los déficits de competencias directivas, y la alta volatilidad nacional y regional por los vaivenes políticos. La preocupación central, aún vigente, era el impacto que puede tener la alta inestabilidad institucional en la gestión en los servicios de salud, la implementación de las políticas y el logro de los resultados sanitarios.

Esta sección del presente informe busca dar cuenta del proceso que se desarrolló entre el 2012 y 2016 para seleccionar y asignar directivos públicos al sistema de salud bajo criterios de mérito y competencias para varios niveles de gestión del sector salud en el nivel nacional y regional.

2. Acuerdos de prioridades políticas:

El Ministerio de Salud con el propósito de fortalecer la gestión intergubernamental desarrolló, desde el 2010, espacios de concertación y coordinación con los gobiernos regionales y locales. El segundo semestre del 2012 constituyó el Espacio de articulación política MINSAs-Gobiernos Regionales integrado por el Ministerio de Salud y los gobernadores integrantes de la junta directiva de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR). En este nivel de relacionamiento establecieron las agendas de prioridades de política intergubernamental de salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales para el periodo 2012 -2013, 2014 y para

el 2015-2016.

Respecto al fortalecimiento de la función directiva del sector se definieron las siguientes prioridades:

2.1. Periodo 2012 -2013 - Mejora de la gestión hospitalaria

Se acordó “Generar capacidades en 100 gerentes hospitalarios a nivel nacional, a través de un programa de formación de gerentes públicos”.

El objetivo era realizar un proceso de selección de Gerentes Públicos basado en mérito y capacitarlos, a través de la Escuela Nacional de Administración Pública – ENAP de SERVIR, en Gestión Hospitalaria.

La iniciativa de establecer un acuerdo para abordar la problemática de la conducción de los servicios, dotándolos de gerencia especializada, vino de un gobernador regional integrante de la Junta Directiva de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales. Las autoridades del MINSAs y los demás gobernadores aceptaron la proposición, luego de analizar su relevancia y la colocaron como prioridad de política intergubernamental. Meses más adelante, luego de todo el proceso de definición de los perfiles de los directivos de servicios de salud, la convocatoria, selección y puesta disposición de los gerentes públicos reclutados por SERVIR, el gobernador de la iniciativa no designó a ninguno de ellos.

2.2. Periodo 2014: Mejorar la gobernanza del sector público de salud

Para esta prioridad de política se acordó “Fortalecer la capacidad de conducción de la autoridad sanitaria y de la gestión de los servicios de salud” a través de la “Conformación del cuerpo de gerentes públicos en salud a nivel de DIRESAs y Redes de Salud, bajo diferentes modalidades”, y de la “Generación de capacidades en gerentes de servicios de salud a nivel nacional, a través de un programa de formación de gerentes públicos”.

Esta nueva prioridad establecida por la Alta Dirección del MINSAs y la ANGR representó una evolución en la mirada sobre la función directiva para salud. Primero, se amplía el mandato de lo hospitalario a la conducción sectorial y a la gestión de los servicios de salud en general. Segundo, se acuerda conformar un cuerpo de gerentes públicos.

2.3. Periodo 2015 – 2016: Mejorar la gobernanza del sector público de salud

Para esta prioridad de política se ratificó el acuerdo del 2014 de “Fortalecer la capacidad de conducción de la autoridad sanitaria y de la gestión de los servicios de salud” y se precisa el siguiente acuerdo “Conformar y fortalecer el cuerpo directivo en salud a nivel de DIRESAs, Redes de Salud y hospitales, bajo diferentes modalidades, estableciendo una escala remunerativa”.

3. Acuerdo ejecutivo en la Comisión Intergubernamental de salud.

La Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), otro de los mecanismos de la arquitectura de gobernanza descentralizada del sector salud, es el espacio de deliberación y adopción de decisiones de implementación de las prioridades de política concertadas entre el ministro y los gobernadores regionales de la ANGR. Actúa como un directorio de autoridades nacionales y regionales de salud cuya responsabilidad de adoptar decisiones ejecutivas de implementación de las prioridades, y monitorear su implementación.

Desde el 2012 la CIGS permitió definir el curso de acciones y compromisos de ambos niveles de gobierno para implementar las prioridades de política vinculadas a la función directiva del sector. Para implementar esta prioridad de política intergubernamental la CIGS adoptó acuerdos y los monitoreó, a través de nueve sesiones en el período del 2012 - 2015.

4. El primer proceso de selección y capacitación de gerentes de servicios de salud para la implementación del acuerdo Intergubernamental “Mejora de la Gestión Hospitalaria”.

Para esta primera convocatoria de Gerentes Públicos, el Ministerio de Salud coordinó con SERVIR a fin de implementar el acuerdo de la CIGS. De esta manera, SERVIR estableció los procesos necesarios para llegar a la asignación de Gerentes de Servicios de Salud a los Hospitales a nivel nacional:

a. Identificación de Puestos: Se refiere a las unidades organizacionales de las entidades solicitantes que están

vacantes y requieren ser cubiertas por Gerentes Públicos, para lo cual el MINSa y los Gobiernos Regionales remitirían a SERVIR el Cuadro de Asignación de Personal-CAP, Presupuesto Analítico de Personal-PAP y Manual de Organización y Funciones-MOF de los Hospitales donde se asignaría a los Gerentes de Servicios de Salud.

b. Elaboración de Perfiles: Descripción de los puestos comprendiendo el conjunto de capacidades, competencias, experiencia y conocimientos que caracterizan a la persona para el óptimo cumplimiento de las funciones y responsabilidades del puesto. Para ello el MINSa y los Gobiernos Regionales elaboraron el perfil de puesto tipo del Gerente de Servicios de Salud.

c. Candidatos: Todas aquellas personas que se registran y se encuentran aptos para concursar en los procesos de reclutamiento y selección convocados por SERVIR y en su caso la empresa especializada.

d. Selección de Candidatos: Conjunto de actividades que se realizan con el fin de determinar cuáles son las personas que, por su perfil, califican para cubrir un puesto tipo.

e. Política de Remuneraciones: Comprende la escala de ingresos de los Gerentes Públicos, la misma que está dividida en cinco niveles, según la complejidad y responsabilidad de los puestos a ocupar por los Gerentes Públicos en las diferentes entidades.

f. Indicadores de Desempeño: Instrumentos de medición de las variables asociadas al cumplimiento de los objetivos del puesto; permiten medir la gestión del Gerente Público.

4.1. Los perfiles

El Ministerio de Salud en articulación con SERVIR diseñó los perfiles de competencias de Gerentes de Servicios de Salud, para lo cual en la V Reunión extraordinaria de la Comisión Intergubernamental se conformó un grupo de trabajo (MINSa – Gobiernos Regionales) quienes tuvieron el encargo de elaborar la propuesta del perfil por competencias.

El grupo de trabajo estuvo conformado por: (i) Director General de la Dirección General de Recursos Humanos, la Dirección General de Salud de las Personas, la Dirección General de Salud Ambiental; y (ii) Por los Gobiernos

Regionales: Directores Regionales de Salud de San Martín, Ica, Lima, Amazonas y Ayacucho.

Para la elaboración de los Perfiles por Competencias de los Gerentes de Servicios de Salud se utilizó la metodología proporcionada por la Autoridad Nacional de Servicio Civil – SERVIR, ente rector de la gestión de personas al servicio del Estado, que es la que aplica para la elaboración de los Perfiles por competencias para el Cuerpo de Gerentes Públicos.

En tal sentido se utilizó el método MPC® (M = modelado; P = perfiles; C = competencias), que permite elaborar los perfiles integrales de competencia laboral de cargos, áreas u otras unidades organizativas y cuyo objetivo principal es recolectar los datos necesarios para implantar un sistema de Recursos Humanos basado en competencias en el menor tiempo posible.

De acuerdo al análisis de las reuniones con los miembros del Grupo de trabajo CIGS donde se tuvo en cuenta la visión, misión y planeamiento estratégico del Ministerio de Salud propusieron que las competencias que deben tener los Gerentes de los Servicios de Salud son las siguientes:

- Liderazgo
- Manejo de Conflictos
- Planificación y Organización Estratégica
- Innovación y Flexibilidad
- Orientación al servicio

La propuesta del grupo de trabajo fue presentada para aprobación en la X Reunión Ordinaria de la CIGS. El planteamiento ocasionó un ardoroso debate ya que el perfil por competencias permitía postular a todo profesional de la salud como director de un Hospital. Hasta ese momento las Direcciones Generales de Hospitales en su mayoría habían sido gestionadas por médicos. Después del arduo debate se logra aprobar el Perfil por Competencias para Gerentes de Servicios de Salud por mayoría. El dato es muy relevante, considerando que la gran mayoría de los acuerdos de la CIGS eran adoptados por consenso. Este hecho marcó un hito importante en la discusión intergubernamental sobre las capacidades y el perfil profesional que deben tener los directivos públicos de salud, en un marco de controversia profesional que incluso había llegado al Poder Judicial.

Otra de las características que tiene el Perfil por competencias

de Gerentes de Servicios de Salud son los temas que debieran conocer los candidatos: Planificación Hospitalaria, Organización y Funcionamiento de Hospitales, Proceso Productivo Hospitalario, Gestión Clínica, Gestión por Resultados, Gestión de Sistemas Administrativos Hospitalarios, Presupuesto por Resultados, Logística, Contrataciones del Estado, proyectos de Inversión en Salud, Modelos de Asociación Públicos privados.

Paralelo a lo que el Grupo de trabajo CIGS elaboró, EsSalud en articulación con SERVIR elaboró también para esa convocatoria el Perfil de Gerente de Centro Asistencial, lo que le permitió seleccionar Gerentes Públicos.

4.2. El proceso de selección

El proceso de selección de los Gerentes Públicos es uno de los procesos priorizados por SERVIR dentro del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos, “este proceso tiene por objetivo elegir a la persona idónea para el puesto directivo sobre la base de los principios de mérito, igualdad de oportunidades y transparencia” (SERVIR, 2016, p. 76).

Es decir, este proceso de selección permite identificar aquellos profesionales competentes para los puestos estratégicos del Estado. Se valoran las capacidades y experiencia de los profesionales, e introduce la “meritocracia” como una variable definitoria. El proceso de selección consta de varias etapas, en las que se aplican diferentes técnicas de selección. De acuerdo con el marco normativo, los postulantes deben ser “evaluados atendiendo a su capacidad profesional, capacidad de aprendizaje, equilibrio emocional, vocación de servicio y valores”. Asimismo, el proceso de selección se realizó por etapas eliminatorias. Además, el D. Leg. 1024 permite a SERVIR suscribir convenios con instituciones nacionales e internacionales especializadas para llevar a cabo el proceso de selección.

El proceso de selección de los Gerentes de Servicios de Salud tuvo varias fases: la evaluación curricular, la evaluación de conocimientos, la evaluación psicotécnica, la evaluación por competencias, y la revisión de documentos y referencias. Luego de todas estas fases, se elaboraban ternas para cada cargo concursado.

Para la selección de los gerentes de servicios de salud a nivel nacional, a través de un programa de formación de gerentes

públicos, SERVIR realizó la “**I Convocatoria de la Escuela Nacional de Administración Pública y VII Convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos**”, para postulaciones del 29 de octubre al 11 de noviembre del 2012. Estas convocatorias buscaron cubrir las vacantes de los gerentes de servicios de salud con profesionales de la salud altamente capacitados, como parte del Cuerpo de Gerentes Públicos y asignados a establecimientos de salud de ESSALUD (30) y para los hospitales de los Gobiernos Regionales (100).

La convocatoria se realizó de manera colaborativa entre el MINSa y SERVIR, con participación de los gobiernos regionales. Se realizó una intensa campaña de difusión a través del portal web del MINSa, envío de correos masivos a ex Serumistas, Serumistas, ex residentes, residentes, universidades, hospitales, institutos, DISAs y DIREsAs, y se desplazaron equipos conjuntos MINSa-SERVIR para realizar

conferencias de prensa en las regiones de Piura, Lambayeque, Cusco, Huancayo. El día 29 de octubre se realizó el lanzamiento de la convocatoria a través de una conferencia de prensa entre la Sra. Ministra de Salud, Midori de Habich, el Sr. Juan Carlos Cortés Carcelén, Presidente Ejecutivo de SERVIR, la Sra. Virginia Baffigo Torré de Pinillos, Presidenta de EsSalud y el Presidente del Gobierno Regional de San Martín, Sr. César Villanueva Arévalo.

El resultado del esfuerzo fue notable: se produjeron 3 786 postulaciones (personas que registraron sus datos en los formularios correspondientes), de los cuales 671 candidatos fueron considerados aptos (personas que cumplen con haber registrado de manera completa y correcta los datos requeridos).

De los 671 candidatos aptos, 477 profesionales asistieron a la evaluación masiva y 194 profesionales no lo hicieron.

Cuadro N° 1:
Candidatos que participaron de la Evaluación Masiva
7ª convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos - SERVIR

Evaluación masiva - I convocatoria ENAP y VII Convocatoria GGPP		
	Cantidad	Pocentaje
Inasistencia	194	29%
Asistencia	477	71%
Total	671	100%

Fuente: SERVIR

Tras la Evaluación masiva de los días 24 y 25 de noviembre se contabilizan un total de 285 candidatos aptos para la

siguiente fase, 178 de los cuales corresponden al MINSa/Gobiernos Regionales (62%) y 107 a EsSalud (38%).

Cuadro N° 2:
Resultados de Primera Evaluación por Competencias
7ª convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos - SERVIR

Resultados de Primera Evaluación por Competencias por Aptos - No Aptos		
	Cantidad	Pocentaje
Inasistencia	194	29%
Asistencia	477	71%
Total	671	100%

Fuente: SERVIR

Cuadro N° 3:
Aptos según Institución- Primera Evaluación por Competencias
7ma Convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos - SERVIR

Resultados Primera Evaluación por Competencias por ENTIDAD		
	Cantidad	Pocentaje
Total Aptos MINSA	178	62%
Total Aptos ESSALUD	107	38%
Total	285	100%

Fuente: SERVIR

Respecto a las regiones es necesario precisar que solamente la Región Amazonas no contó con candidatos aptos en tanto que las Regiones de Callao, Arequipa, Lambayeque y Lima

Provincias contaron con el mayor porcentaje de aptos. Para el caso de EsSalud la concentración de aptos se dio en Lima Metropolitana.

Cuadro N° 4:
Resultados de la Primera Evaluación por Competencias por puestos tipos
- Regiones 7ª Convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos - SERVIR

Resultados Primera Evaluación por Competencias por ENTIDAD		
	Cantidad	Pocentaje
Gerente de Servicio de Salud - (Amazonas)	0	0%
Gerente de Servicio de Salud - (Ancash)	5	2%
Gerente de Servicio de Salud - (Apurímac)	5	2%
Gerente de Servicio de Salud - (Arequipa)	18	6%
Gerente de Servicio de Salud - (Ayacucho)	7	2%
Gerente de Servicio de Salud - (Cajamarca)	5	2%
Gerente de Servicio de Salud - (Callao)	21	7%
Gerente de Servicio de Salud - (Cusco)	10	4%
Gerente de Servicio de Salud - (Huancavelica)	7	2%
Gerente de Servicio de Salud - (Huánuco)	2	1%
Gerente de Servicio de Salud - (Ica)	7	2%
Gerente de Servicio de Salud - (Junín)	9	3%
Gerente de Servicio de Salud - (La Libertad)	7	2%
Gerente de Servicio de Salud - (Lambayeque)	17	6%
Gerente de Servicio de Salud - (Lima Provincias)	18	6%
Gerente de Servicio de Salud - (Loreto)	3	1%
Gerente de Servicio de Salud - (Madre de Dios)	1	0%
Gerente de Servicio de Salud - (Moquegua)	2	1%
Gerente de Servicio de Salud - (Pasco)	3	1%
Gerente de Servicio de Salud - (Piura)	5	2%
Gerente de Servicio de Salud - (Puno)	3	1%

Resultados Primera Evaluación por Competencias por ENTIDAD

	Cantidad	Pocentaje
Gerente de Servicio de Salud - (San Martín)	8	3%
Gerente de Servicio de Salud - (Tacna)	7	2%
Gerente de Servicio de Salud - (Tumbes)	7	2%
Gerente de Servicio de Salud - (Ucayali)	1	0%
Gerente de Centro Asistencial - (Lima Metropolitana)	88	31%
Gerente de Centro Asistencial - (Callao)	19	7%
Gerente de Centro Asistencial - (Callao)	285	100%
Total		

Fuente: SERVIR

Asimismo, es importante destacar que dentro de los profesionales aptos se encontraron diferentes profesionales de la salud entre Enfermeras, Obstetras, Biólogos,

Odontólogos, Nutricionistas, Psicólogo, Químicos Farmacéuticos, Tecnólogos Médicos y Médicos.

Cuadro N° 5:**Resultados de la Primera Evaluación por Competencias por formación profesional 7ª Convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos - SERVIR****Resultados Primera Evaluación por Competencias Aptos por FORMACIÓN PROFESIONAL**

	Cantidad	Pocentaje
Biología	3	1%
Enfermería	24	8%
Medicina Humana	214	75%
Nutrición	3	1%
Obstetricia	17	6%
Odontología	15	5%
Psicología	1	0%
Química Farmacéutica	5	2%
Tecnología Médica	3	1%
Total	285	100%

Fuente: SERVIR

Posterior a la fase de verificación de datos laborales, documentario, antecedentes penales, judiciales y policiales, se llevó a cabo el "Assesment Center" (evaluación de competencias a cargo de una empresa privada especializada en este tipo de metodología para selección de personal) y la

sustentación de casos prácticos. Esta primera fase de la selección concluyó el 21 de diciembre del 2012 con la publicación de los resultados de los postulantes: 77 profesionales seleccionados que ingresaron al primer programa de formación breve desarrollado en la Escuela

Nacional de Administración Pública (ENAP) el que se ejecutó de marzo a mayo del 2013.

En este primer programa de formación breve, los profesionales de la salud seleccionados fueron formados a través de la Escuela Nacional de Administración Pública en habilidades y competencias, así como en herramientas de gestión pública para que estén en mejores condiciones de gerenciar y dirigir los servicios de salud (Hospitales) a nivel regional. El programa duró 3 meses desde su inició el 22 de abril del 2013. (Ministerio de Salud, 2012).

Para la asignación de estos gerentes de servicios de salud a los hospitales de los Gobiernos Regionales se requería contar con la solicitud de la más alta autoridad del Gobierno Regional a SERVIR. En ese sentido, en el marco del cumplimiento del tercer acuerdo adoptado en la XI Reunión Ordinaria los Gobiernos Regionales solicitaron a SERVIR la dotación de 4 Gerentes de Servicios de Salud, egresados de la Escuela Nacional de Administración Pública, para un Hospital dependiente de su Gobiernos Regional, con el objeto de que se desempeñen en los siguientes puestos:

- a. Director General
- b. Director General Adjunto
- c. Jefe de Departamento
- d. Jefe de Servicio.

Asimismo, el acuerdo intergubernamental incluía solicitar la asignación de 2 Gerentes Públicos para que completen el equipo antes señalado en las áreas administrativas, para su desempeño en los cargos de Director Ejecutivo de Administración y Director Ejecutivo de Planeamiento Estratégico de los hospitales seleccionados.

En los hechos no se tuvo el nivel de cumplimiento esperado a este acuerdo por parte de los Presidentes Regionales.

4.3. Los resultados

La primera convocatoria de la Escuela Nacional de Administración Pública y Séptima Convocatoria de Gerentes Públicos, culminó el 21 de diciembre del año 2012 con la selección de 77 profesionales que ingresaron al curso de formación en la Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP) que se desarrolló entre marzo a mayo del 2013. Esta fase de preparación también formó parte del proceso de

selección para el Cuerpo de Gerentes Públicos.

Posterior al proceso de formación de los Gerentes de Servicios de Salud a través de la Escuela Nacional de Administración Pública, de los 77 profesionales seleccionados, 73 culminaron satisfactoriamente el curso de introducción. Estos, mediante Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 122-2013-SERVIR-PE fueron incorporados al Cuerpo de Gerentes Públicos al haber pasado todas las fases de selección del curso de introducción teniendo en cuenta los puntajes obtenidos en los talleres de competencias genéricas y específicas del perfil del Gerente Público, en los talleres de casos prácticos, así como la entrevista del Consejo Directivo de SERVIR.

4.4. La capacitación

La Escuela Nacional de Administración Pública (ENAP) de SERVIR fue la responsable de organizar y realizar el curso de Introducción de la Séptima Convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos, denominado Primer Programa de Formación Breve (I PFB), como la última etapa del proceso de selección de Gerentes Públicos. Como se ha anotado de los 75 profesionales que ingresaron al PFB, 73 se incorporaron al Cuerpo de Gerentes Públicos.

La misión del Primer Programa de Formación Breve fue fortalecer las competencias directivas de servidores públicos con experiencia gerencial en un “Programa Intensivo para Directivos – PID 1 de tiempo completo y dedicación exclusiva por un periodo de tres meses, para 75 directivos del Estado Peruano para que reciban una formación centrada básicamente en el desarrollo de competencias directivas para la gestión pública, y que una vez aprobada esta formación y previa entrevista con el consejo directivo de SERVIR, sean incorporados al Cuerpo de Gerentes Públicos, de modo que estuvieran expeditos para ser asignados a plazas directivas de los gobiernos regionales.

En concordancia con las normas que rigen los procesos de formación que desarrolla SERVIR, en el Decreto Legislativo 1025, se resalta que “la capacitación en el sector público se rige por los principios de especialización y eficiencia, fomentando el desarrollo de un mercado competitivo y de calidad de formación para el sector público, a partir de la capacidad instalada de las universidades, institutos y otros centros de formación profesional y técnica de reconocido

prestigio”.

En consecuencia, SERVIR a través de la Escuela Nacional de Administración Pública tercerizó los servicios académicos a los mejores operadores del mercado educativo de la gestión pública, políticas públicas, administración pública, administración, alta dirección o gestión de la salud. Para ello, la Escuela estableció criterios para una selección idónea de postores, lo que implicó incorporar parámetros institucionales establecidos en la discusión internacional relativa a la calidad de la enseñanza superior. Estos criterios fueron consignados en los términos de referencia.

El Programa Intensivo para Directivos (PID) de la Escuela Nacional de Administración Pública, estuvo a cargo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), que fue la entidad seleccionada.

Las condiciones que tuvieron que generarse para los participantes del PID fueron las siguientes:

- Transporte y alimentación.
- Alojamiento y viaje de participantes de fuera de Lima.
- Licencia con goce de haber (3 meses).
- Estipendio económico para participantes del sector privado.
- Mecanismos financieros para desincentivar el abandono.

a. Desarrollo de los Cursos

Los 75 participantes se organizaron en tres grupos de 25 alumnos cada uno. Cada grupo desarrolló los 16 cursos del Programa Intensivo para Directivos. Las horas docentes programadas fueron 400 horas por grupo, en total 1200 horas académicas.

El programa desarrolló tres áreas de gestión:

- Gestión pública contemporánea y Estado peruano: Abordó los antecedentes y evolución de la gestión pública e incorporó todos los avances y desarrollos recientes de la Nueva Gestión Pública.
- Conocimientos sobre el sector salud: Abordó el análisis de la situación de salud, la salud pública y epidemiología aplicada a la gestión pública en salud.
- Ética y habilidades directivas: Abordó los temas éticos claves en la gestión pública articulados al liderazgo, al comportamiento humano y a la responsabilidad social. Adicionalmente permitió utilizar una caja de herramientas para desarrollar las habilidades directivas, principalmente de negociación y comunicación.

**Cuadro N° 2: Ejes temáticos Programa Intensivo para Directivos - ENAP
7ª convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos - SERVIR**

Tipo de Gestión	Nivel
Gestión Pública y Estado Peruano	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión Pública I: Marco conceptual del Estado y normatividad • Gestión Pública II: Políticas públicas • Gestión Pública III: Sistemas administrativos del Estado • Taller de formulación y evaluación de proyectos de inversión (SNIP) • Planificación en la Administración Pública • Evaluación financiera para el sector público • Toma de decisiones y estadística
Sector Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Economía y salud pública • Salud pública y salud global • Epidemiología • Gestión de operaciones en salud (gestión hospitalaria y clínica)
Habilidades Directivas	<ul style="list-style-type: none"> • Ética y comportamiento humano • Ética y liderazgo • Ética y responsabilidad social. Dirección de personas • Taller de negociación • Taller de comunicación efectiva

Fuente: SERVIR

b. Metodología empleada en el Programa:

Se utilizó de manera combinada, los siguientes métodos de enseñanza:

- Clase magistral
Concebida como exposición dialogada, donde el docente narra, describe, explica, modela, demuestra, ejemplifica, de acuerdo con el objetivo y el contenido de los temas tratados.
- Metodología de estudio de casos de Harvard Business School (HBS)
- El método de casos busca imitar las condiciones en las que los directivos toman sus decisiones en el mundo real. Los directivos diagnostican, los directivos deciden, los directivos convencen. Todo ello se ejercita con el Método del Caso.
- Taller con dinámicas grupales.
El taller con dinámicas grupales es un instrumento que favorece la participación de todos los participantes de la acción educativa. A su vez, posibilita que un grupo produzca en un marco lúdico y de gratificación. Esta técnica facilita el “aprender haciendo” en el encuentro con los otros.
- Simulación de situaciones reales
Los participantes desempeñan un rol o actúan en un entorno simulado para practicar y desarrollar capacidades de acción y decisión en situaciones de la vida real, relativas a problemas que deben resolver los directivos e instrumentos operativos que deben utilizar (role playing).
- Uso del Aula Virtual de Aprendizaje

c. Evaluación

La calificación fue en escala vigesimal (de 00.00 a 20.00), la nota mínima aprobatoria fue 14.00. Con excepción del curso de Toma de Decisiones y Estadística en el que la nota mínima aprobatoria fue 11.00.

d. Actividades Complementarias

Se propuso el desarrollo de un espacio de diálogo con autoridades y gestores públicos del más alto nivel con el propósito de compartir a partir de los propios protagonistas las acciones de gestión promovidas en el ámbito de la salud pública, en este sentido con frecuencia semanal se desarrollaron 8 Foros de Debate, contando con la participación de la Presidenta de ESSALUD, Funcionarios de la

Alta Dirección del MINSA, Presidenta de OSCE, Secretaria de Gestión Pública, entre otros.

5. El segundo proceso de selección de Gerentes Públicos: Directores Generales y Ejecutivos de Direcciones Regionales de Salud. La implementación del acuerdo intergubernamental en salud “Mejora de la Gobernanza del Sector Público en Salud”

El 2014, el MINSA y la Junta Directiva de la ANGR se reúnen y renuevan las prioridades de política intergubernamental en salud para el año 2014 (último año de la gestión regional de aquel periodo), una de las prioridades renovadas fue el lineamiento 4.2 Fortalecer la capacidad de conducción de la autoridad sanitaria y de la gestión de los servicios de salud. Para implementar esta prioridad se concertaron los siguientes ejes: 4.2.1 Conformar el cuerpo de gerentes públicos en salud a nivel de DIREAS y Redes de Salud, bajo diferentes modalidades; y 4.2.2 Generar capacidades en gerentes de servicios de salud a nivel nacional, a través de un programa de formación de gerentes públicos.

5.1. Los perfiles

Desde enero 2014 un grupo de trabajo CIGS elaboró una propuesta de perfiles para seis puestos tipo. El grupo estuvo conformado, por parte del MINSA por el Director General de la Dirección General de Recursos Humanos, la Dirección General de Salud de las Personas, La Dirección General de Salud Ambiental. Por parte de los Gobiernos Regionales por los Directores Regionales de Salud de San Martín, Ica, Lima, Amazonas y Ayacucho. Los perfiles desarrollados fueron para los siguientes cargos:

- **Gerente Director Regional de Salud:** Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito la experiencia laboral previa como jefe de área, departamento o haber sido Director de Red de Salud u Hospital; además de acreditar de 8 a más años de experiencia profesional general desde que obtuvo el grado de bachiller y haber tenido experiencia de 3 años a más en el sector público.
- **Gerente Director Ejecutivo en Salud:** Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como jefe de área, departamento o haber sido Director de Red de Salud u Hospital; además de acreditar de 5 a 8 años

de experiencia profesional general desde que obtuvo el grado de bachiller y haber tenido experiencia de 2 a 3 años en el sector público.

Gerente de Administración en Salud: Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral experiencia como jefe de área; además de acreditar más de 8 años de experiencia profesional general desde que obtuvo el grado de bachiller y haber tenido experiencia de más de 4 años en el área de trabajo (sector público o privado).

Gerente de Planeamiento Estratégico de Hospital: Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como jefe de área o jefe de departamento (sector público o privado); además de acreditar más de 8 años de experiencia profesional general desde que obtuvo el grado de bachiller, haber tenido experiencia de más de 4 años en el área de trabajo (sector público o privado) y contar con experiencia en el Estado de 2 a 3 años.

Gerente de Logística de Hospital: Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como jefe de área o jefe de departamento (sector público o privado); además de acreditar de 5 a 8 años de experiencia profesional general desde que obtuvo el grado de bachiller, haber tenido experiencia de 2 años a 4 años en el área de trabajo (sector público o privado) y contar con experiencia en el Estado de 2 a 3 años.

Gerente Administrativo de Personal de Hospital: Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como jefe de área (sector público o privado); además de acreditar de más de 8 años de experiencia profesional general desde que obtuvo el grado de bachiller, haber tenido experiencia de más de 4 años en el área de trabajo (sector público o privado) y contar con experiencia en el Estado de 2 a 3 años.

En tal sentido, la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos del MINSA coordinó con SERVIR y lanzaron a finales del mes de abril de 2014, la Novena Convocatoria al Cuerpo de Gerentes Públicos a nivel nacional, específicamente para dos puestos tipo que son Gerente Director Regional de Salud y Gerente Director Ejecutivo en Salud, cada uno de ellos con 25 vacantes tanto para la Dirección Regional de Salud (DIRESA) y Gerencia Regional de Salud (GERESA) presentes en todo el país, y para los otros cuatro perfiles tipo.

5.2. El proceso de selección

La Novena Convocatoria de Incorporación al Cuerpo de Gerentes Públicos a nivel nacional, se corresponde a una de las prioridades de política intergubernamental en salud 2014 consensuadas con la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales, como se ha referido líneas arriba.

Para este proceso los postulantes aplicaron a puestos tipo con el fin de incorporarse al Cuerpo de Gerentes Públicos y quedar en situación de disponibilidad para ser asignados a cargos en Direcciones Regionales de Salud y Hospitales Regionales según sean requeridos por los Gobiernos Regionales y el Ministerio de Salud.

El proceso de selección se inició, de acuerdo con el cronograma establecido, el 27 de abril de 2014 con la publicación del aviso de la convocatoria a nivel nacional hasta el 16 de junio, fecha en que difundieron los resultados finales en el Portal Institucional de SERVIR.

El objetivo fue seleccionar 60 profesionales que reúnan los requisitos y el perfil establecidos para los Puestos Tipo para incorporarlos al Cuerpo de Gerentes Públicos y que queden en situación de disponibilidad para ser asignados posteriormente a cargos requeridos por las entidades del Estado de los tres niveles de gobierno del sector salud.

Cuadro N° 7:
Perfiles de Puestos convocados 9ª Convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos - SERVIR

Puesto tipo	Ubicación	Nº de vacantes
Gerente Director Regional de Salud		25
Gerente Director Ejecutivo de Salud		25
Gerente de Administración de Hospital	Chachapoyas, Moquegua, Pucallpa, Puno	4
Gerente de Planeamiento Estratégico de Hospital	Chachapoyas, Moquegua, Pucallpa, Puno	4
Gerente de Logística de Hospital	Puno	1
Gerente Administrativo de Personal de Hospital	Puno	1

Fuente: SERVIR

En este proceso de selección se incorporó la metodología de selección por competencias, en dos etapas:

- Primera Etapa: Convocatoria y Selección a nivel nacional, a cargo de SERVIR, que incluyó Reclutamiento, Evaluación Curricular a profundidad, Evaluación Masiva (se realizaron en tres sedes: Lima, Arequipa, Chiclayo) y Entrevista por Competencias. Al término de esta sub etapa, se procedió a realizar el análisis de los resultados obtenidos en cada sub etapa evaluada y calificada y se elaboraron las ternas con los postulantes que en base a su puntaje se ajustaban mejor al perfil del Puesto Tipo.
- Segunda Etapa: Curso de Introducción, que incluye el taller de Competencias Genéricas y Específicas (Assessment

Center) y la Evaluación del Caso Práctico. Los candidatos que aprobaban las dos sub etapas mencionadas, pasaron a la Entrevista Final con el Consejo Directivo de SERVIR.

5.3. Los resultados

790 postulantes fueron los que se presentaron a la convocatoria e iniciaron la primera sub etapa de evaluación curricular. Cada etapa y sub etapa del proceso fue excluyente y eliminatoria, por lo que los postulantes que fueron descalificados en alguna etapa o sub etapa del proceso no accedían a la siguiente. A la etapa final llegaron 35 candidatos, los que fueron incorporados al Cuerpo de Gerentes Públicos.

Cuadro N° 8:
Profesionales incorporados al Cuerpo de Gerente Públicos
9ª Convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos - SERVIR

IX Convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos (CGP)								
Nº de postulantes	Aprobados evaluación curricular	Aprobados evaluación masiva	Aprobados entrevista por competencias	Aprobados verificación de datos	Confirmación temas/clasificación Puesto tipo	Aprobados Assessment Center + caso práctico	Aprobados Consejo Directivo	Nº de profesionales incorporados al Cuerpo de Gerentes Públicos
790	344	187	136	132	99	38	35	35

Fuente: SERVIR

La relación de los candidatos que fueron incorporados al Cuerpo de Gerentes Públicos con sus respectivos códigos, se puede observar en la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 127-2014-SERVIR-PE.

5.4. La capacitación

En la Novena Convocatoria para la incorporación al Cuerpo de Gerentes Públicos no se realizó formación en la ENAP.

Esta convocatoria tuvo un Taller de inducción para Gerentes Públicos pertenecientes a la Novena Convocatoria que se realizó el 17 y 18 de julio del 2014, con una duración de 11 horas cronológicas, donde participaron 33 gerentes públicos.

Los temas desarrollados en el Taller de Inducción fueron: Buenas Prácticas y Lecciones Aprendidas en la Gestión de Gerentes Públicos, la Nueva Ley del Servicio Civil y sus implicancias para los Gerentes Públicos, Taller de Comunicación Estratégica, La Política de Gerencia Pública en Salud, la experiencia de gestionar salud como Gerente Público, y el aporte de Gerentes Públicos en el logro de resultados.

También se efectuó la discusión del caso: Liderazgo Técnico Político. Y finalmente, se realizó el panel sobre Asignación, capacitación, traslados y monitoreo a cargo de profesionales de la Gerencia de Desarrollo de la Gerencia Pública – GDGP de SERVIR.

6. El tercer proceso de selección de Gerentes Públicos:

Directores Ejecutivos Nacionales del Ministerio de Salud. La implementación del acuerdo intergubernamental en salud “Mejora de la Gobernanza del Sector Público en Salud”

El 10 de febrero del 2015 el Ministerio de Salud y la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales en su IV Reunión Ordinaria y la primera del periodo 2015 – 2018, establecieron la agenda de prioridades de política intergubernamental de salud del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales para el periodo 2015-2016, en 5 líneas estratégicas. Una de ellas vinculada a la mejora de la gobernanza denominada “Fortalecimiento de la capacidad de conducción de la autoridad sanitaria y de la gestión de los servicios de salud” a través de “Conformar y fortalecer el cuerpo directivo en salud a nivel de Diresas y Redes de Salud y hospitales, bajo diferentes modalidades, estableciendo una escala remunerativa.”

Con la finalidad de identificar estrategias que mejoren las remuneraciones de los cargos Directivos del Ministerio de Salud y de las Diresas, la Alta Dirección del Minsa y la Autoridad Nacional de Servicio Civil remarcaron que la ruta para mejorar las remuneraciones de los puestos Directivos del Ministerio de Salud y las Diresas era la extensión de la modalidad de Gerentes Públicos, para lo cual se realizó la XII Convocatoria de Gerentes Públicos para seleccionar profesionales para ponerlos en disponibilidad de ser asignados a entidades del Minsa y de las direcciones regionales de salud.

Así se lanzó la 12ª convocatoria para 90 vacantes para los siguientes Puestos Tipo priorizados:

6.1. Los perfiles

Para este proceso los postulantes aplicaron a puestos tipo con el fin de incorporarse al Cuerpo de Gerentes Públicos y quedar en situación de disponibilidad, para ser asignados a cargos en Direcciones Regionales de Salud y en dependencias del Ministerio de Salud.

El proceso de selección, de acuerdo con el cronograma, se inició el 22 de marzo de 2015 con la publicación del aviso de la convocatoria a nivel nacional. El 25 de mayo de 2015 se culminó con la difusión de los resultados finales en el Portal Institucional de SERVIR.

El objetivo fue seleccionar 90 profesionales que reúnan los requisitos y el perfil establecidos para los Puestos Tipo para incorporarlos al Cuerpo de Gerentes Públicos y que queden en situación de disponibilidad para ser asignados posteriormente a cargos requeridos por las entidades del Estado involucradas.

La elaboración de los perfiles se realizó en marzo del año 2015, a cargo de la Empresa Dirección Estratégica, en talleres bajo la Guía Metodológica de SERVIR. El proceso se inició con un análisis general para lo cual se utilizaron documentos referenciales, tales como el ROF, MOF, así como los Términos de Referencia de posiciones iguales y/o similares. En los talleres participaron expertos en Dirección Ejecutiva y Jefes de Equipo del Ministerio de Salud. Los 5 perfiles elaborados fueron: Gerente Director Ejecutivo de Salud/ Adjunto (se delimitó el ámbito nacional y regional), Gerente Coordinador Nacional de Estrategias Sanitarias, Gerente Coordinador Regional de Estrategias Sanitarias, Gerente de Unidad de Salud de Nivel Nacional y Gerente de Unidad de Salud de Nivel Regional, según el siguiente detalle:

- **Gerente Director Regional de Salud:** Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como jefe de área, departamento o haber sido Director de Red de Salud u Hospital; además de acreditar por lo menos 8 años de experiencia profesional general desde que obtuvo el grado de bachiller y haber tenido experiencia de 3 años a más en el sector público.
- **Gerente Director Ejecutivo en Salud:** Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como jefe de área, departamento o haber sido Director de Red de Salud u Hospital; además de acreditar de 5 a 8 años de experiencia profesional general desde la obtención del grado de bachiller y haber tenido experiencia de 2 a 3 años en el sector público.
- **Gerente Director Ejecutivo Regional de Salud:** Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como jefe de área en el sector público o privado; además de acreditar de 5 a 8 años de experiencia profesional general desde la obtención del Título Profesional, haber tenido experiencia de 2 a 3 años en el área de trabajo (público o privado) y contar con experiencia de 2 a 3 años en el Estado Peruano.
- **Gerente Coordinador Nacional de Estrategias Sanitarias:** Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como analista/Especialista en el sector público o privado; además de acreditar más de 8 años de experiencia profesional general desde la obtención del Título Profesional, haber tenido experiencia más de 4 años en el área de trabajo (público o privado) y contar con experiencia de 2 a 3 años en el Estado Peruano.
- **Gerente Coordinador Regional de Estrategias Sanitarias:** Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como analista/Especialista en el sector público o privado; además de acreditar de 5 a 8 años de experiencia profesional general desde la obtención del Título Profesional, haber tenido experiencia de 2 a 4 años en el área de trabajo (público o privado) y contar con experiencia de 2 a 3 años en el Estado Peruano.
- **Gerente de Unidad de Salud de Nivel Nacional:** Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como analista/Especialista en el sector público o privado; además de acreditar de 5 a 8 años de experiencia profesional general desde la obtención del Título Profesional, haber tenido experiencia de 2 a 4 años en el área de trabajo (público o privado) y contar con experiencia de 2 a 3 años en el Estado Peruano.
- **Gerente de Unidad de Salud de Nivel Regional:** Este Perfil de Puesto se caracterizó por tener como requisito experiencia laboral como analista/Especialista en el sector público o privado; además de acreditar de 5 a 8 años de experiencia profesional general desde que obtuvo el Título Profesional, haber tenido experiencia de 2 a 4 años en el

área de trabajo (público o privado) y contar con experiencia de 2 a 3 años en el Estado Peruano.

6.2. El proceso de selección

En este proceso de selección se incorpora la metodología de selección por competencias, en dos etapas:

- a. Primera Etapa: Convocatoria y Selección a nivel nacional, a cargo de SERVIR. Incluye reclutamiento, evaluación curricular a profundidad, evaluación masiva (se realizaron en tres sedes: Lima, Arequipa, Chiclayo) y entrevista por competencias. Al término de esta sub etapa, se procedió a realizar el análisis de los resultados obtenidos en cada sub etapa evaluada y calificada y se elaboraron las ternas con los postulantes que se ajustaban mejor al perfil del puesto tipo.
- b. Segunda Etapa: Curso de Introducción, que incluye el taller de Competencias Genéricas y Específicas (Assessment Center) y la Evaluación del Caso Práctico. Los candidatos

que aprobaban las dos sub etapas anteriores, pasaron a la Entrevista Final con el Consejo Directivo de SERVIR.

El proceso de inscripción vía web se inició el 22 de marzo y culminó el 10 de abril. Postularon 628 profesionales, 13 de los cuales eran Directores Regionales y sus directores ejecutivos (Amazonas, Ancash, Ayacucho, Cajamarca, Huánuco, Ica, Junín, Lambayeque, La Libertad, Pasco, San Martín, Tumbes, Ucayali)

6.3. Los resultados

De los 628 postulantes los que se presentaron a la convocatoria e iniciaron la primera sub etapa de evaluación curricular, 72 candidatos fueron seleccionados al final del proceso e incorporados al Cuerpo de Gerentes Públicos. Cada etapa y sub etapa del proceso fue excluyente y eliminatoria, por lo que los postulantes que fueron descalificados en alguna etapa o sub etapa del proceso no accedían a la siguiente.

Cuadro N° 10:
Profesionales incorporados al Cuerpo de Gerentes Públicos.
XII Convocatoria para el Cuerpo de Gerentes Públicos 2015 - SERVIR

XII Convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos (CGP)							
Nº de postulantes	Aprobados evaluación curricular	Aprobados evaluación masiva	Aprobados entrevista por competencias	Confirmación temas/clasificación Puesto tipo	Aprobados Assessment Center + caso práctico	Aprobados Consejo Directivo	Nº de profesionales incorporados al Cuerpo de Gerentes Públicos
628	477	288	212	203	81	72	72

Fuente: SERVIR

La relación de los candidatos que fueron incorporados al Cuerpo de Gerentes Públicos con sus respectivos códigos se puede observar en la Resolución de Presidencia Ejecutiva N° 166-2015-SERVIR-PE.

De los 72 profesionales de la salud incorporados al Cuerpo de Gerentes Públicos, 22 ocuparon puestos según se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro N° 11:
Profesionales incorporados al Cuerpo Directivo en Salud por tipo de función
XII Convocatoria para el Cuerpo de Gerentes Públicos 2015 – SERVIR

NIVEL	DIRECTIVO		NO DIRECTIVO		SIN VÍNCULO CON EL MINSA	TOTAL
	MINSA/IGSS	REGIONES	MINSA/IGSS	REGIONES		
F-1				1		1
F-3	1	2				3
F-4	5	9				14
F-5		5				5
			36			36
					13	13
TOTAL	6	16	36	1	13	72

Fuente: SERVIR

Resalta que de los 22 profesionales Directivos del MINSA y Regiones, 16 fueron Directivos de las Direcciones Regionales de Salud: 5 Directores Regionales de Salud (Ancash, Ica, La libertad, San Martín y Tumbes), 9 directores ejecutivos y 2 coordinadores.

De los 25 Directores Regionales de Salud que participaban en las diferentes reuniones de la Comisión Intergubernamental de Salud en el periodo 2012 – 2016, 13 de ellos eran Gerentes Públicos.

Cuadro N° 12:
Gerentes Públicos que participaban de la CIGS como Directores o Gerentes Regionales de Salud. Periodo 2012 -2016

Nombres y apellidos	Promoción incorporación CGP	Puesto tipo	Fecha incorporación	Puesto que ejerció	Periodo
Rosell De Almeyda, Gustavo	3	Gerente	2011	Director Regional de Salud San Martín	2012-2014*
Bernable Villasante, José Eliseo	7	Gerente de Servicio de Salud	24/07/2013	Director Regional de Salud Cusco	2015
Fallaque Solís, Cesar Alipio	12	Gerente Director Regional de Salud	27/05/2015	Director Regional de Salud Ancash	2016
Galdos Rodríguez, Oscar Lenin	7	Gerente de Servicio de Salud	24/07/2013	Director Regional de Salud Tacna	01/2015 - 05/2016
Goicochea Ríos, Evelyn Del Socorro	12	Gerente de Unidad de Salud Nivel Nacional	27/05/2015	Director Regional de Salud La Libertad	2015
Herrera Chejo, Juan Luis	9	Gerente Director Regional de Salud	13/06/2014	Director Regional de Salud Moquegua	2014 - a la fecha*
Poemape Francia, Gary Orlando	9	Gerente Director Regional de Salud	13/06/2014	Director Regional de Salud Lima	2013
Reategui Sanchez, Milciades	12	Gerente Director Regional de Salud	27/05/2015	Director Regional de Salud San Martín	2015
Rodríguez Ferrucci, Hugo Miguel	9	Gerente Director Regional de Salud	13/06/2014	Director Regional de Salud Loreto	2011-2014
Segovia Maldonado, Carlos Enrique	9	Gerente Director Regional de Salud	13/06/2014	Director Regional de Salud Ancash	2013
Segovia Meza, Gualberto	12	Gerente Director Regional de Salud	27/05/2015	Director Regional de Salud Ica	2015
Yamunaque Asanza, Norberto	12	Gerente Director Regional de Salud	27/05/2015	Director Regional de Salud San Martín	2015
Yañez Cesti, Mariano Manuel	12	Gerente Director Ejecutivo de Salud	27/05/2015	Director Regional de Salud San Martín	2015

Fuente: SERVIR

* El Director Regional de San Martín y el Gerente Regional de Salud Moquegua son los únicos que estaban asignados formalmente como Gerentes Públicos a la Diresas/GERESAS correspondientes en este periodo.

6.4. La capacitación

En la Decimosegunda Convocatoria para la Incorporación al Cuerpo de Gerentes Públicos no se realizó formación en ENAP. Los gerentes públicos incorporados en la Decimosegunda Convocatoria tuvieron un Taller de Inducción para Gerentes Públicos, realizado el 02 y 03 de julio del 2015, con una duración de 11 horas cronológicas, realizado en la Escuela de Administración Pública – ENAP con la participación de 70 gerentes públicos.

Los temas desarrollados fueron: Buenas Prácticas y Lecciones Aprendidas en la Gestión de Gerentes Públicos, La Nueva Ley del Servicio Civil, Lineamientos en Gestión Pública – MINSA y Buenas Prácticas en el Sector Salud. Se planteó la discusión de un caso: Político – Estratégico y dos paneles: Panel de

Capacitación, Monitoreo y Evaluación y Panel Recursos Humanos (Trámites administrativos, boletas, etc.).

7. Colocación de directivos:

Al culminar cada proceso de selección, se inició el proceso de asignación de Gerentes de Servicios de Salud. El requisito de partida era la solicitud de la más alta autoridad de los Gobiernos Regionales a SERVIR para la asignación de los Gerentes seleccionados en salud. De las tres convocatorias de selección de Gerentes Públicos nos han dado como resultado un cuerpo directivo conformado por 168 profesionales: VII Convocatoria (61); IX Convocatoria (35) y XII Convocatoria (72).

Cuadro N° 13:
Profesionales incorporados al Cuerpo Directivo en Salud 2012 - 2015
Cuerpo de Gerentes Públicos - SERVIR

	2013	2014	2015
Gerentes formados - ENAP	61		
Gerentes en Salud		35	
Gerentes en Salud			72
Total	168		

Fuente: Elaboración propia

Hasta diciembre del 2015, se lograron incorporar 55 Gerentes públicos en salud a diferentes instituciones de salud de 9

Gobiernos Regionales y del MINSA.

Cuadro N° 14:
Gerentes Públicos asignados a los Gobiernos Regionales y MINSA
Cuerpo de Gerentes Públicos - SERVIR

Nº	Entidad	Cantidad
1	Gobierno Regional de Apurímac	1
2	Gobierno Regional de Ayacucho	1
3	Gobierno Regional de Huánuco	2
4	Gobierno Regional de Ica	1
5	Gobierno Regional de Lima	5
6	Gobierno Regional de Moquegua	6
7	Gobierno Regional de San Martín	12
8	Gobierno Regional de Tacna	2
9	Gobierno Regional de Tumbes	2
10	Instituto de Gestión de Servicios de Salud	13
11	Ministerio de Salud	7
12	Seguro Integral de Salud	3
Total		55

Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO 3

EXPERIENCIAS MOTIVADORAS DE GERENTES PÚBLICOS DE SALUD

En el presente capítulo, se desarrollan las experiencias positivas, en el sector salud, de siete gerentes públicos miembros del Cuerpo de Gerentes Públicos de SERVIR. Como método de recopilación de estas experiencias gerenciales, se han utilizado fichas estructuradas. Estas herramientas de acopio de información permitieron identificar el contexto en el cual se desarrollaron estas buenas prácticas, asimismo, se identifican los factores de éxito, oportunidades de mejora y logros relacionados a estas experiencias positivas, entre otros aspectos relevantes que contribuyeron al presente estudio.

1. Conducir el sistema público regional de salud para el difícil arte de producir resultados sanitarios, la experiencia del GP Juan Luis Herrera - Región Moquegua.

a. Datos generales

- i. Nombre: Juan Luis Herrera Chejo
- ii. Profesión: Médico Cirujano.
- iii. Grupo de selección de SERVIR: 9ª Convocatoria del Cuerpo de Gerentes Públicos.
- iv. Sede de trabajo de la experiencia: Gerencia Regional de Salud Moquegua.
- v. Período de tiempo: 2014 – 2017

b. El encargo del gerente público

i. Entidad

La Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de Moquegua gestiona una red regional de servicios a través de 58 establecimientos de salud y dos Hospitales: Hospital de Apoyo II-2 en el Distrito de Moquegua, y el Hospital Pampa Inalámbrica Kennedy II-1 del Distrito de Ilo. Cabe señalar que el Hospital de Apoyo II-2 Moquegua depende directamente de la GERESA y que los establecimientos de Salud están distribuidos en los 20 Distritos de Moquegua. Asimismo, la Gerencia Regional cuenta con dos Redes Sanitarias: Red Moquegua y Red Ilo. La Red Moquegua cuenta con cinco Micro Redes (MR): MR Moquegua, MR Carumas, MR Ichuña, MR Ubinas y MR Omate; mientras que los Centros de Salud constituyen la asociación ACLAS. El Hospital Kennedy II-1 depende de la Red Ilo y a su vez, la Red Ilo cuenta con una Micro Red Ilo.

ii. Tamaño de la entidad

La población total en Moquegua para el año 2017 fue de 187,128 habitantes. Su densidad poblacional es de 11.59 habitantes por Km². En comparación con el promedio nacional, se puede afirmar que es una zona poco poblada, ya que su población constituye el 0.6% de la población nacional.

La Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de Moquegua cuenta con aproximadamente 1634 trabajadores, entre asistenciales (85.31%) y administrativos (14.69%). Los recursos humanos están distribuidos de acuerdo con el nivel y categoría del establecimiento de salud; así los Hospitales cuentan con Especialistas, los Centros de Salud cuentan con equipo médico (enfermera, odontólogo, obstetra, técnicos y auxiliares asistenciales y administrativos) y los Puestos de Salud cuenta con un equipo reducido (enfermeras y técnicos).

Respecto al manejo presupuestal, la Gerencia Regional de Salud cuenta con dos Unidades Ejecutoras y tiene un presupuesto total asignado de aproximadamente 100 millones de soles.

iii. Materia de gestión

Gerencia Regional de Salud del Gobierno Regional de Moquegua.

El Gerente Regional de Salud Moquegua, es la Autoridad Sanitaria Regional encargada de la conducción del sistema de salud en el ámbito del Departamento de Moquegua. Responsable de generar la mejora del estado de la salud y mejora de la prestación de los servicios públicos sanitarios.

iv. Experiencia de gestión

Con el objetivo de alcanzar la acreditación de la autoridad sanitaria regional como entidad técnica y política en materia de salud ante el Gobierno Regional, su máxima autoridad política, y como un esfuerzo sostenido para lograr la mejora de la situación de salud de los ciudadanos de este departamento. Actualmente, el Gobernador Regional realiza consulta a la Autoridad Sanitaria Regional sobre la viabilidad de sus propuestas e iniciativas relacionadas al tema de salud.

Durante la gestión del gerente público también se logró asignar un equipo de gerentes públicos para los cargos de

Director Adjunto y Director de Salud de las Personas, profesionales que también realizaron un aporte valioso para la obtención de los logros sanitarios en Moquegua.

c. Logros de la gestión

i. Situación inicial y retos

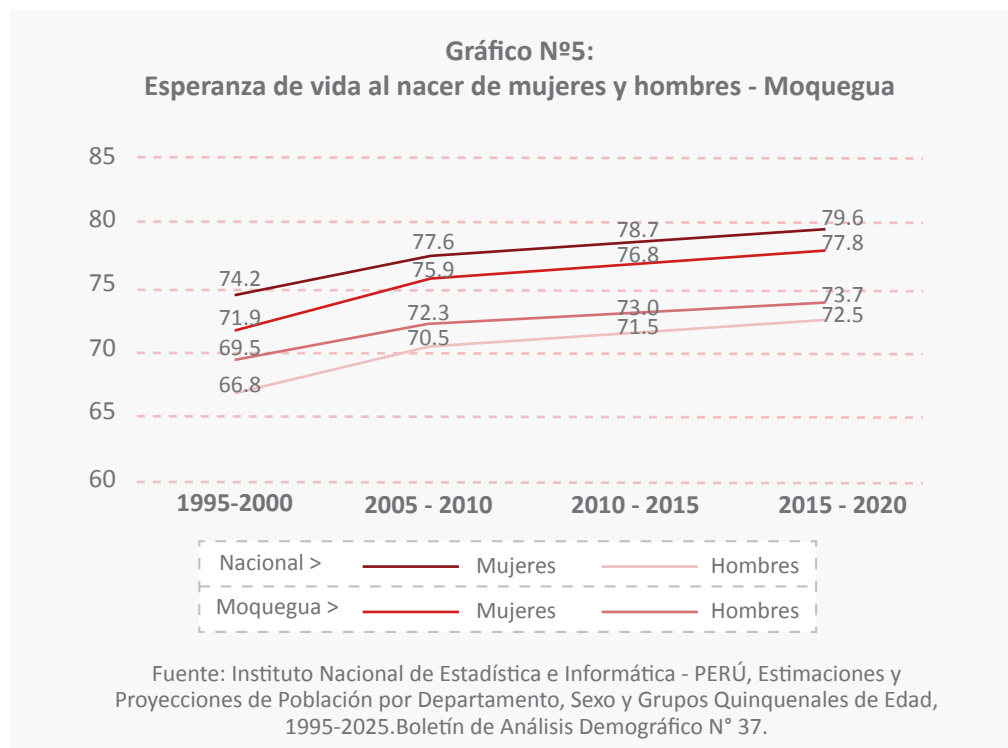
Al iniciar su gestión, en palabras del gerente público, se identificó una GERESA muy politizada. Las decisiones de la autoridad sanitaria eran adoptadas directamente el Gobernador Regional. Es por ello que al asignar al gerente público en el cargo de Gerente Regional de Salud, se buscó establecer una relación con el Gobernador Regional para relevar la capacidad técnica de la GERESA Moquegua ante cualquier propuesta en salud que se quisiera implementar.

ii. Logros

Dentro de los logros obtenidos, se resaltan los siguientes:
- Según el Índice de Competitividad Regional 2018, la Región Moquegua es una de las más competitivas en lo que se refiere a salud, después de Lima y Arequipa, destacando en indicadores como la esperanza de vida al nacer, mortalidad neonatal, DCI, Morbilidad, cobertura de personal médico, cobertura hospitalaria, parto institucional, y acceso a un seguro de salud.

La Esperanza de Vida al Nacer (EVN)

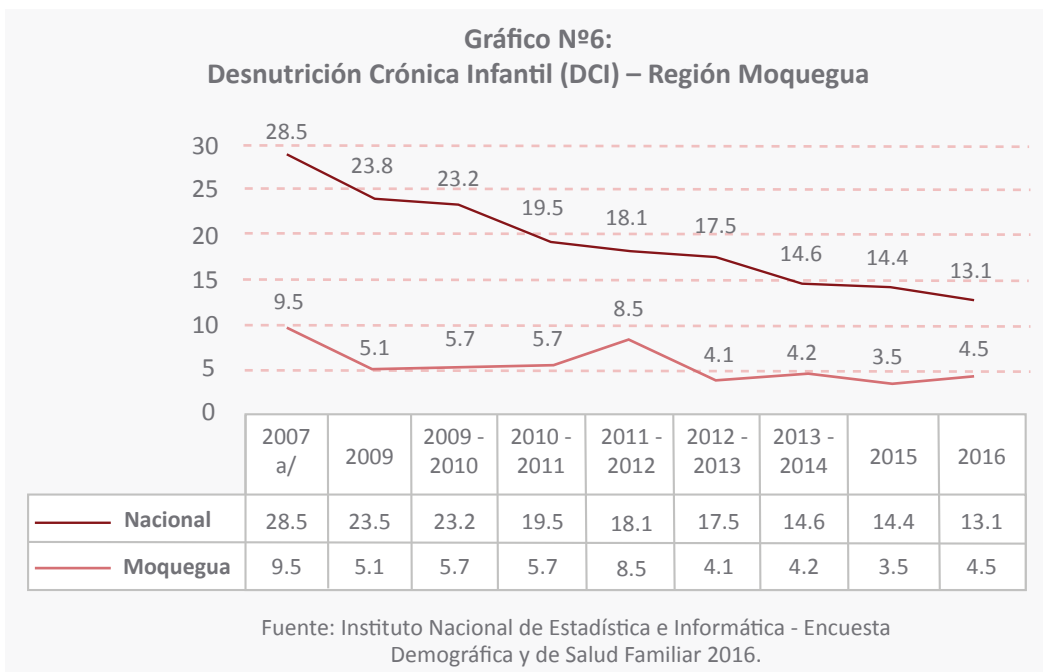
La EVN a nivel nacional es de 75 años. Este indicador, en el caso de las mujeres, supera en cinco años la EVN de los hombres. Moquegua tiene un EVN de 74.5, lo cual ha significado un incremento de 18.5 años desde 1972 al 2005 respecto de este indicador.



Desnutrición Crónica Infantil (DCI)

La DCI afectó al 13,1% de las niñas y niños menores de cinco años de edad en el 2016, cifra que disminuyó en 1,3 %,

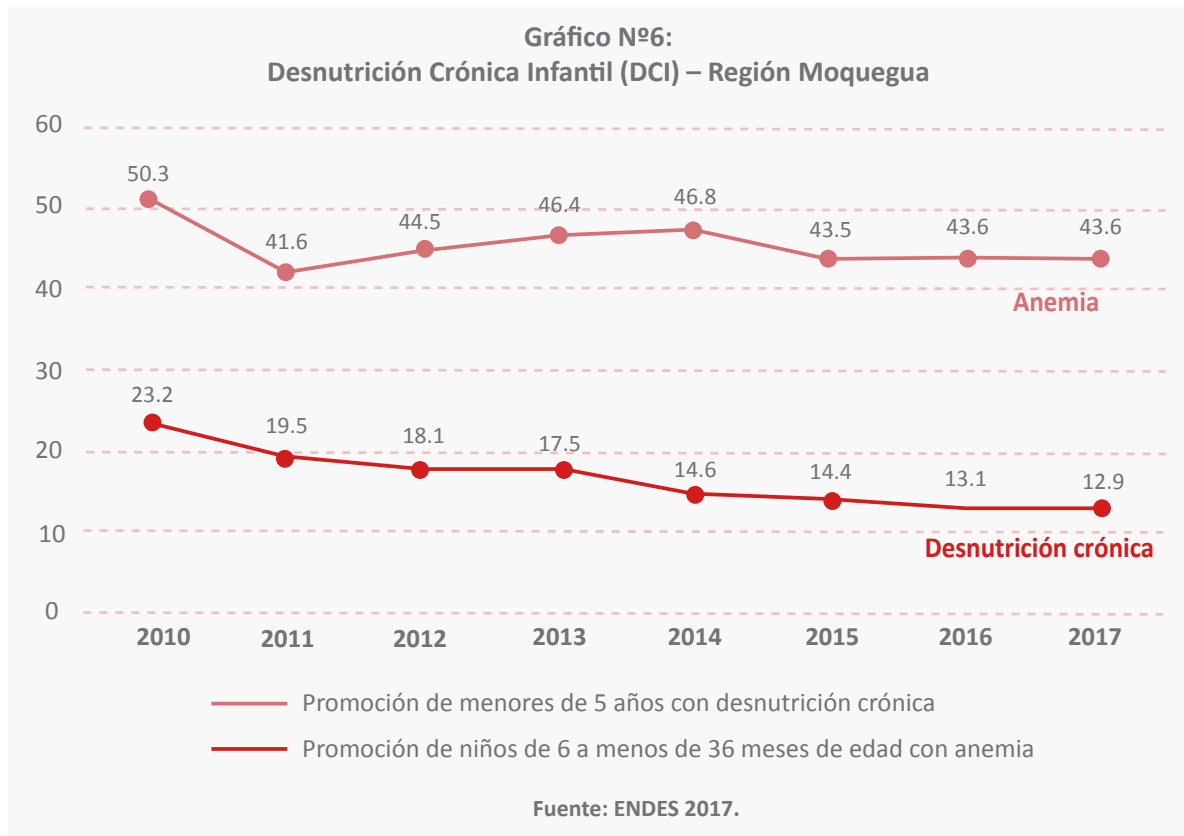
respecto del 2015. Es de resaltar que para la región Moquegua desde el año 2011 la DCI en niñas y niños menores de cinco años de edad ha disminuido.



- Durante la gestión del gerente público, se lograron alinear los diferentes indicadores de los Convenios que se firman en materia de salud (SIS, FED, Convenios de Gestión, EsSalud, Souther Perú) a fin de trabajar como región por los resultados sanitarios de prioridad para Moquegua; evitando así el desorden de los trabajadores de salud en el primer nivel de atención para el logro de las metas concertadas. Desde el 2014 a la fecha, la Región Moquegua alcanzó los siguientes resultados como producto de la alineación de los indicadores sanitarios suscritos con el MINSA, SIS y MIDIS.

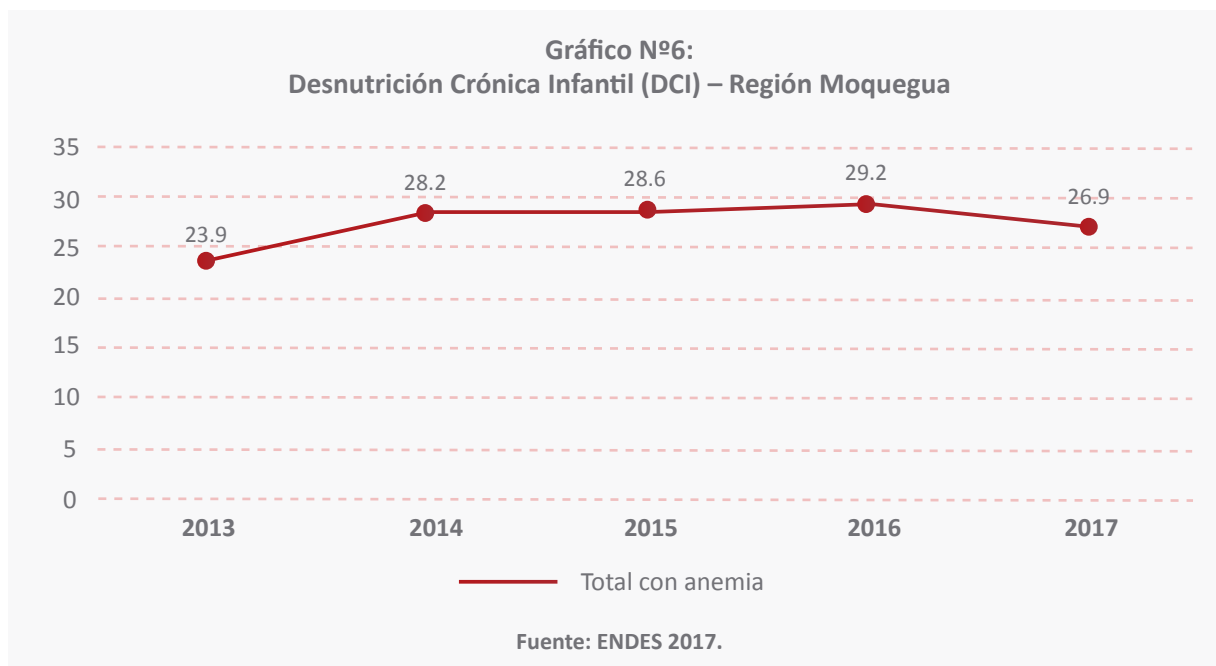
Anemia

La anemia es un problema de salud pública a nivel mundial que afecta a la cuarta parte de la población y principalmente a mujeres y niños de edad preescolar. En Latinoamérica el 44.5% de niños y 22.5% de mujeres en edad fértil presentan anemia. En el Perú la situación es más grave en niños de 6 a 35 meses de edad. Si bien la prevalencia era de 57.8% en 2008 y ha disminuido hasta el 2011. En los últimos siete años no se ha logrado reducir la anemia. Esta prevalencia se mantiene elevada y más aún en incremento en los últimos tres años. Según ENDES (2017) el 43.6% de los niños tienen anemia, como se puede apreciar a continuación:



En la Región Moquegua, entre el año 2016 y 2017, se puede evidenciar que la prevalencia de anemia ha disminuido de

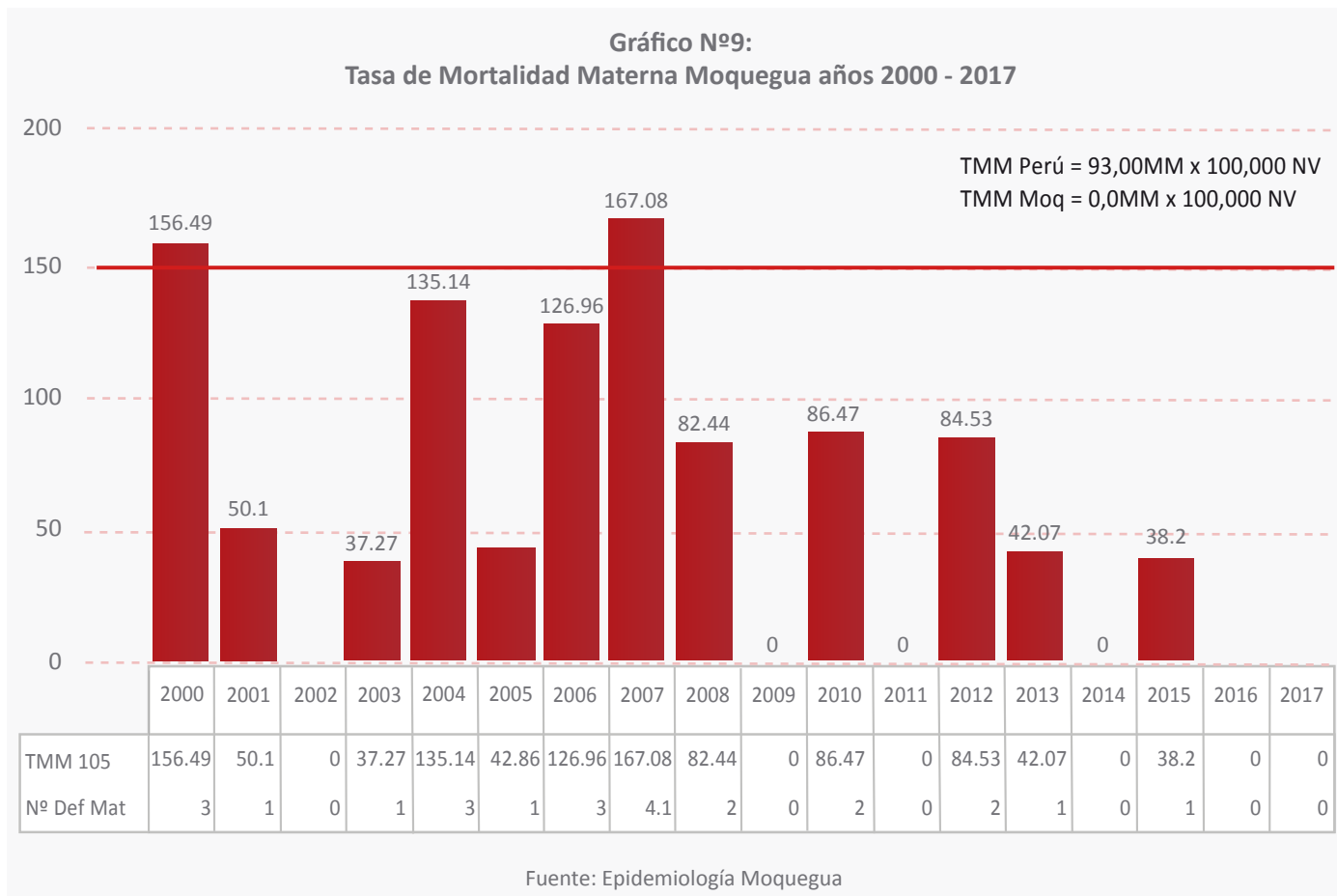
29.2% a 26.9% en niños entre 6 a 59 meses de edad (Gráfico 08).



Mortalidad Materna (MM)

En el período 2016 y 2017 no se han notificado defunciones maternas en Moquegua. Como se puede observar en el

siguiente gráfico, la Tasa de MM en el 2017 fue de 00.00 defunciones maternas por 100,000 nacidos vivos (Gráfico 06).

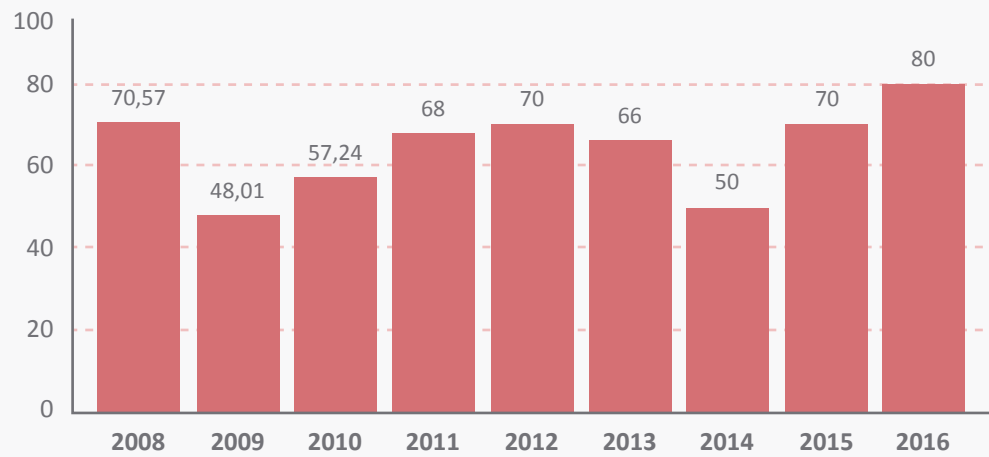


Crecimiento y Desarrollo (CRED) del niño

En el 2016 nacieron 2514 niños en Moquegua, quienes deben contar por lo menos con 11 controles durante el primer año.

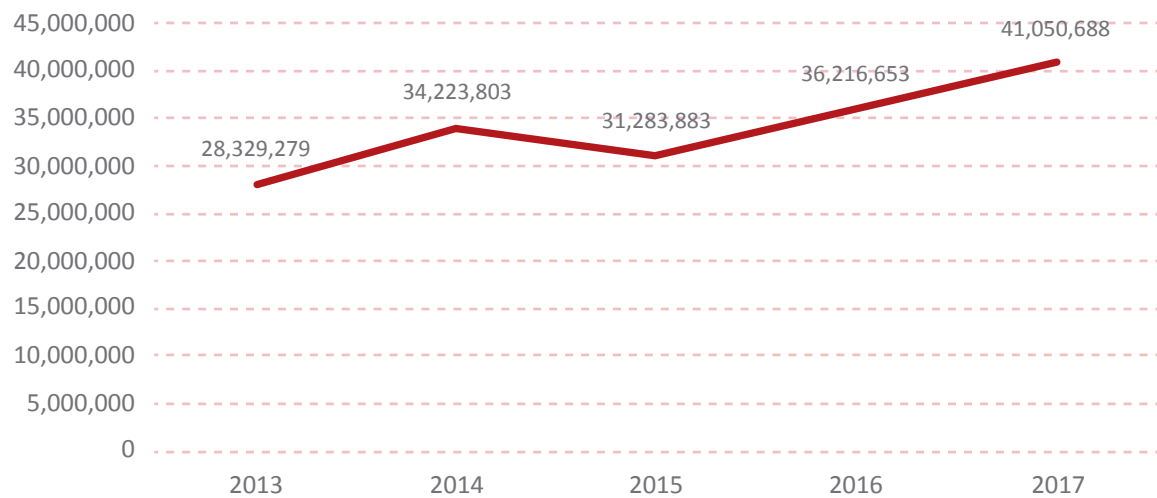
La cobertura alcanzada es de 90% en menores de un año, al haber alcanzado 22,454 controles CRED.

Gráfico N° 10:
Cobertura de Control de Crecimiento (CRED) en menores de 01 año GERESA Moquegua



Fuente: Dirección de Salud de las Personas – DIRESA Moquegua 2013

Gráfico N° 11:
Ejecución de presupuesto en salud- Gobierno Regional de Moquegua 2013-2017



Fuente: Consulta amigable – MEF

- Se reorganizó la GERESA, lo que se vio reflejado en un nuevo Reglamento de Organización y Funciones.

- Se evidenciaron mejoras en las inversiones en salud. Se puede resaltar la construcción del Hospital Regional de Moquegua por un monto aproximado de S/ 281, 157,535.00

soles, como resultado de la articulación con el Ministerio de Salud.

A julio del 2018, se han transferido S/ 211, 541, 366.00 soles a Moquegua, monto transferido para la construcción del Hospital Regional de Moquegua.

Cuadro N° 15:
Transferencias realizadas al GR Moquegua para inversiones en salud Moquegua. Periodo 2013 - 2018

AÑO 2013	35,000,000.00
AÑO 2014	67,823,333.00
AÑO 2015	10,896,129.60
AÑO 2016	29,479,779.00
AÑO 2017	51,988,556.00
AÑO 2018	16,353,569.00
TOTAL TRANSFERIDO	211,541,366.60

Fuente: Consulta amigable – MEF

d. Limitaciones

- Durante la gestión, aún no se ha logrado ampliar la dotación de Gerentes Públicos al equipo de la Gerencia Regional de Salud Moquegua.
- Se ha identificado que existe una amplia brecha de recursos humanos para la prestación de servicios.

e. Factores de éxito

- Se resalta el profesionalismo del equipo técnico conformado por otros gerentes públicos que acompañó la gestión; uno en la Dirección Adjunta de la GERESA Moquegua y un Gerente para la Dirección General de Salud de las Personas.

f. Replanteamientos de gestión futura

- A partir de la experiencia obtenida durante la gestión, se considera que un aporte relevante a futuro podría ser la apuesta por la incorporación de gerentes públicos en las Unidades Ejecutoras de la Gerencia Regional de Salud Moquegua.

2. Reducir la anemia infantil es posible, la experiencia del GP Elvyn Díaz - Subregión de Salud Apurímac II – Andahuaylas.

a. Datos generales

- Nombre: Elvyn Samuel Díaz Tello
- Profesión: Médico
- Grupo de selección de SERVIR: 9na Convocatoria
- Sede de trabajo de la experiencia: Dirección Subregional de Salud Apurímac II (DISA Andahuaylas).
- Período de tiempo: 30 de julio del 2017 al 30 de junio del 2018.

b. El encargo del gerente público

i. Entidad

La Dirección Subregional de Salud Apurímac II (DISA Andahuaylas) cuenta con dos Redes de Salud: Red Sondor y Red José María Arguedas, 88 establecimientos de salud y un hospital referencial Hugo Pesce Pecceto, responsables de brindar servicios de salud diferenciado a la madre gestante, el recién nacido, la niña y el niño, el adolescente, el joven, el

adulto y el adulto mayor.

ii. Tamaño de la entidad

La provincia de Andahuaylas tiene una extensión de 3 987,00 kilómetros cuadrados y se divide en veinte distritos, la población de esta provincia es aproximadamente 174, 000 habitantes.

La DISA Andahuaylas se ubica en la Provincia de Andahuaylas, en el departamento de Apurímac. Tiene aproximadamente 174 trabajadores y 90 establecimientos de salud, en los que trabajan aproximadamente 1064 profesionales y técnicos en salud. Asimismo, la DISA Andahuaylas cuenta con un presupuesto anual de aproximadamente 44 millones de soles.

iii. Materia de gestión

Dirección General de la DISA Andahuaylas.

Es la encargada de dirigir, monitorear y supervisar la prestación de servicios en las 02 Redes de Salud y los 88 establecimientos de salud de la DISA Andahuaylas.

iv. Experiencia de gestión

La presente experiencia procuró el ordenamiento de la gestión de recursos humanos y se enfocó en la disminución de la anemia a través de la innovación en la provisión de hierro y el trabajo organizado con actores locales.

Al inicio de la gestión se plantearon como metas la ejecución al 95% el presupuesto de la DISA Andahuaylas y la reducción de la anemia en niños menores de 3 años en esta provincia. Cabe destacar que ambas metas planteadas fueron alcanzadas.

c. Logros de la gestión

i. Situación inicial y retos

Al iniciar su gestión, el gerente público destacó lo siguiente:

- La existencia de un desorden administrativo en la gestión de recursos humanos, originado principalmente por los

sindicatos de trabajadores. Asimismo, se identificó desorganización en cuanto a las capacitaciones de los trabajadores que salían de los EESS por varios días dejando sin atención a la población. Ante esta situación se tuvo que organizar la gestión de recursos humanos en la DISA de Andahuaylas.

- El principal reto planteado en la gestión del gerente público fue la reducción de la alta tasa de anemia (67.9%) en niños menores de tres años en la Provincia de Andahuaylas, través de 2 estrategias:

- Articulación: Se detectó que no había una articulación entre el trabajo de las instituciones públicas y el de la sociedad civil para implementar una política pública conjunta. Sin embargo, también se identificaron potencialidades como las personas experimentadas en el territorio que podían colaborar.

- Implementación de la estrategia Charqui con sangre: La DISA Andahuaylas difundió el consumo del charqui de sangre, que consiste en una preparación fácil, ya que se extraía sangre de los camales; posteriormente esta se hierva y se seca al aire libre con cubiertas de malla. Finalmente se muele y se almacena en potes de plásticos, y estos son administrados a los niños menores de 3 años.

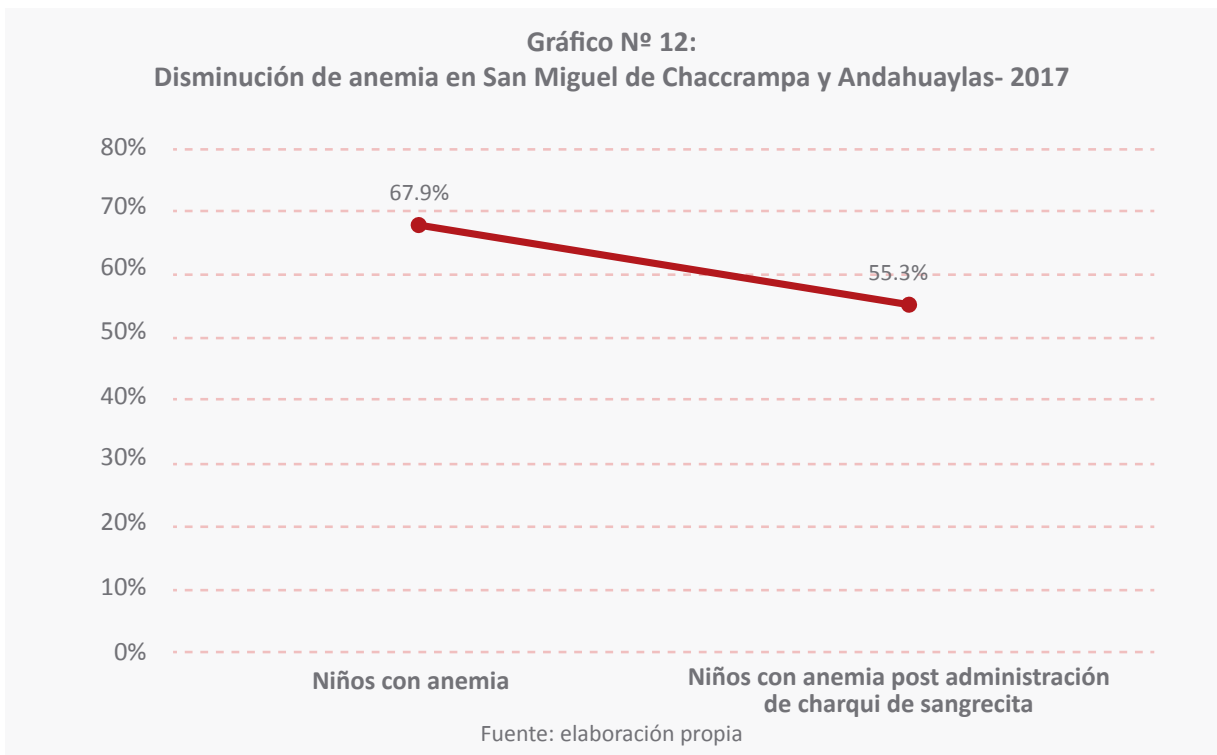
ii. Logros

- Durante el 2017 se redujo la anemia en el distrito de Chaccrampa, pasando de un 67.9% a un 55.3%. Un resultado que no se hubiera dado sin las experiencias que antecedieron su gestión, y el trabajo en equipo con el personal de salud³.
- Se fortaleció al recurso humano a través de capacitaciones que se han desarrollado de manera más ordenada, para lo cual se elaboró por primera vez un Plan de Desarrollo de Personas (PDP).
- Se logró la articulación con los Gobiernos Locales (Ayni Comunal) a fin de mejorar la gestión de salud. Se promovió la participación activa de los alcaldes, logrando que el gobierno distrital de Chaccrampa asuma la compra de

³ Concurso de Buenas Prácticas de Gestión presentadas por Gerentes Públicos 2017 - SERVIR

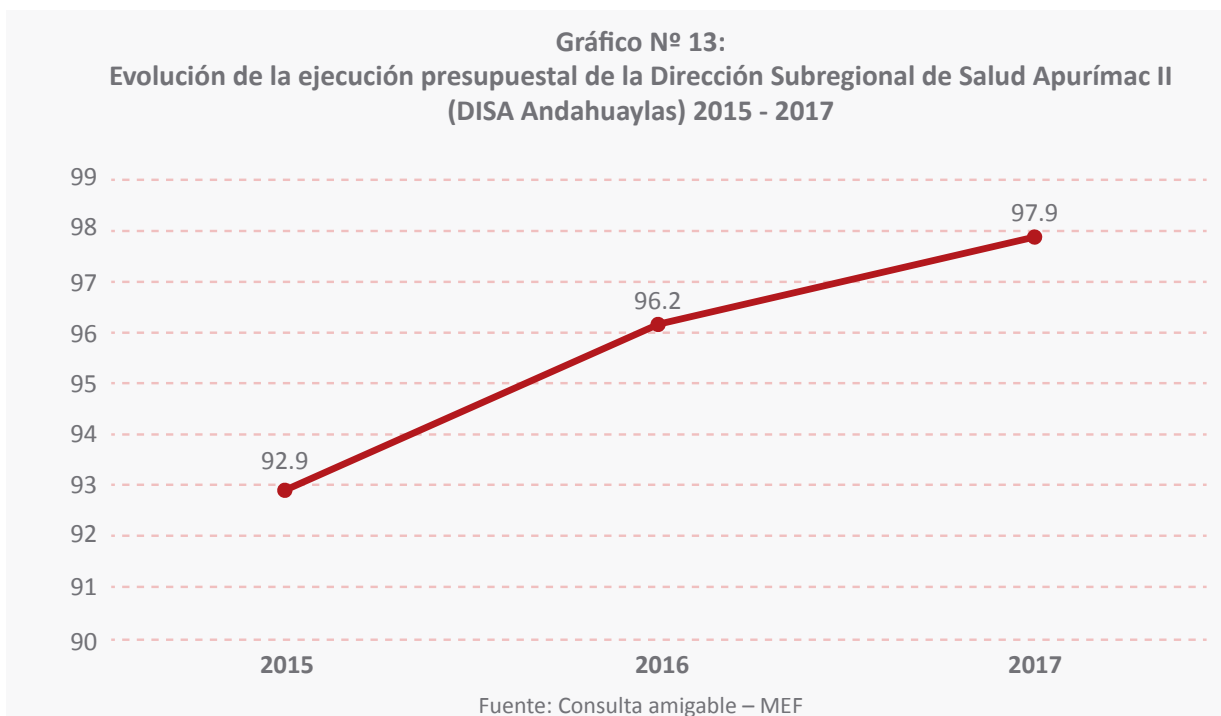
hierro para los niños menores de tres años de su ámbito territorial. También asumieron la tarea de garantizar agua

de calidad y apoyar en las visitas domiciliarias que realizan los trabajadores de salud a través del apoyo con movilidad.



- La ejecución presupuestal de la Dirección Subregional de Salud Apurímac II ha tenido en los últimos tres años una

evolución considerable en su ejecución de 5.7% en comparación al año 2015.



d. Limitaciones

- Debido a que el gerente público solo participó un año en la gestión de la DISA Andahuaylas, no pudo replicar la experiencia y en consecuencia no se logró reducir la anemia en los distritos de la provincia de Andahuaylas⁴.
- Asimismo, durante la gestión del gerente público, este pudo identificar actos irregulares a los cuales se le iniciaron los procedimientos administrativos correspondientes.

e. Factores de éxito

Entre los factores de éxito se consideran los siguientes:

- La experiencia meritocrática en Gestión Pública del gerente público asignado.
- Confianza y respaldo del Gobernador Regional a la gestión de gerente público.
- Conocimiento a profundidad de la zona y del entorno por parte del gerente público.
- El trabajo en equipo con los trabajadores de la DISA Apurímac.

f. Factores limitantes

- Los paros de trabajadores promovidos por el sindicato que los representa. Durante la gestión se afrontaron cuatro paros de trabajadores.
- Durante la gestión de algunos alcaldes, el tema de salud de la ciudadanía no era una prioridad.

g. Replanteamientos de gestión futura

- A partir de la experiencia obtenida, se considera que un aporte relevante a futuro podría ser la apuesta por la incorporación de gerentes públicos de apoyo que acompañen la gestión.

3. Orden, lucha contra la corrupción y cero colas en la atención hospitalaria, la experiencia de la GP Diana Bolívar Joo – Hospital Regional de Ica

a. Datos generales

- Nombre: Diana Mercedes Bolívar Joo
- Profesión: Médico Cirujano con Especialidad en Patología Clínica.
- Grupo de selección de SERVIR: 7ma convocatoria
- Sede de trabajo de la experiencia: Hospital Regional de Ica
- Período de tiempo: Mayo del 2017 a la fecha

b. El encargo de la gerente público

i. Entidad

El Hospital Regional de Ica es un órgano desconcentrado del Gobierno Regional que desarrolla sus actividades en el marco de las políticas regionales y nacionales de salud, garantiza la recuperación y el mantenimiento de la salud de la población de la región mediante la aplicación del modelo de atención integral de salud y el desarrollo de prácticas saludables.

ii. Tamaño de la entidad

El Hospital Regional de Ica, es un Hospital de Categoría II-2, cuenta con aproximadamente 1400 trabajadores, entre nombrados y CAS. El presupuesto que maneja el Hospital Regional de Ica es de aproximadamente S/ 10, 862,000.00 soles. Su población asignada es de aproximadamente 750,000 ciudadanos, de todo el departamento de Ica, la población de los departamentos de Ayacucho, Apurímac y la zona norte de Arequipa.

iii. Materia de gestión

Dirección General del Hospital Regional de Ica
Tiene como funciones conducir la formulación, implementación y evaluación de políticas, normas, programas, planes y proyectos del Hospital Regional en concordancia con las Políticas de Salud Nacional y Regional.

iv. Experiencia de gestión

La gestión del Hospital Regional de Ica implicó muchos retos para la gerente pública asignada, retos que iniciaron con el encargo por parte del Gobernador Regional de Ica, Ing.

⁴ En la actualidad Elvyn Díaz como Director Regional de Salud e Apurímac está extendiendo su experiencia a 5 distritos más de la región.

Fernando Cillóniz Benavides quien le encargó gestionar el Hospital Regional de Ica, que era uno muy convulsionado debido a los problemas con los sindicatos, los antecedentes de huelgas y el no acatamiento de las normas.

c. Logros de la gestión

i. Situación inicial y retos

La gerente pública es quinta Directora General de este Hospital en un periodo de dos años. Los anteriores Directores Generales que la antecedieron estuvieron en la gestión por poco tiempo debido a los siguientes problemas:

- El fuerte poder del Sindicato de trabajadores (médicos, enfermeras, obstetras y otros).
- El Direccionamiento de las compras.
- Los trabajadores del Hospital Regional de Ica desde diciembre 2016 a mayo del 2017 hicieron 4 paros de trabajadores con una duración de 4 meses.
- Existían problemas con la asignación de los bonos establecidos por el D. Leg. 1153, los médicos no trabajaban en las horas programadas, inclusive derivaban pacientes a sus clínicas.
- El Hospital Regional estaba en situación económica precaria, se reconoció una deuda aproximada de 8 millones de soles, deuda que provenía desde el año 2011, con documentos que desaparecieron.

Ante el desorden encontrado en la gestión hospitalaria, se organizó al recurso humano, iniciando por el cumplimiento de las normas, para ello se difundieron todas las normas. Posteriormente ante un desacato o incumplimiento de normas por parte de un trabajador se inició el proceso administrativo respectivo, lográndose la sanción de este recurso humano.

También se implementaron innovaciones tecnológicas que tuvieron repercusión también en la gestión del recurso humano, lográndose que todo trabajador del Hospital Regional de Ica cumpla con sus horarios de consulta, la programación de rol de turnos, teniendo este ordenamiento impacto en mejoras de algunos indicadores de gestión hospitalaria.

ii. Logros

- Uno de los logros obtenidos fue el ordenamiento de los recursos humanos del Hospital Regional de Ica.
- También se logró implementar el Programa “Cero Colas” en coordinación con la Oficina de Estadística e Informática, la Oficina de Calidad y el grupo de Implementadores del sistema SIS GalenPlus. Se ha logrado reducir considerablemente las largas filas de pacientes que hacían “colas” para tramitar historias clínicas, realizar pagos en caja, sacar tickets en triaje, entre otros.

Actualmente se programa a los pacientes para su próxima cita con la finalidad de que puedan cancelar la consulta con anticipación y se pueda separar su historia un día antes para dejarla en el consultorio indicado; evitando así que el usuario tenga que hacer la cola respectiva para triaje, caja y estadística. En cuanto a la atención preferencial, se ha puesto a disposición un módulo de atención preferencial, que se dedica exclusivamente a brindar atención inmediata a dichas personas, dando cumplimiento a la Ley N°28683.

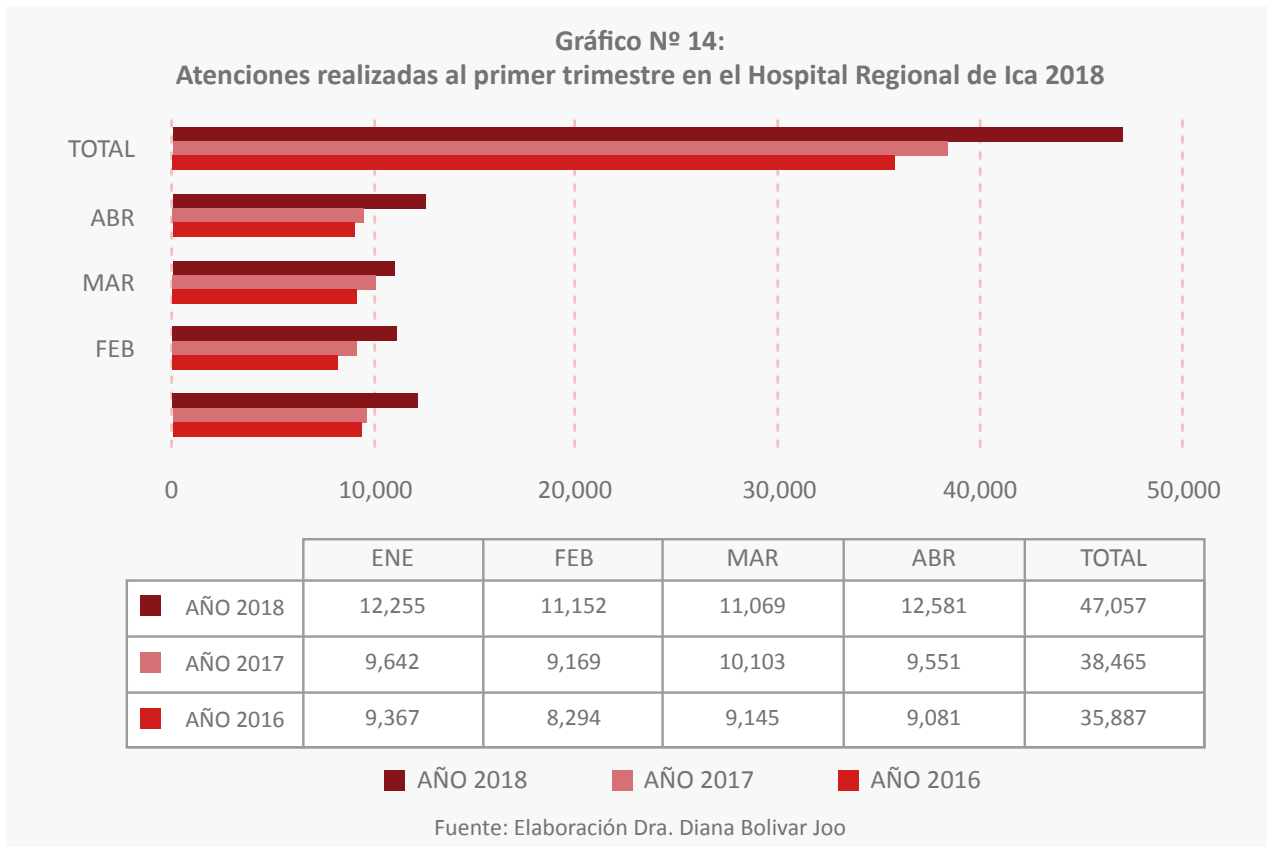
En el Hospital Regional de Ica los pacientes ingresan por la puerta principal, se dirigen a los dispensadores de tickets o sistema de agendamiento, se les asigna la hora, el consultorio y el médico tratante. Si el paciente es SIS, se tiene que dirigir a consultorio para su atención; y si es particular, se dirige a caja, para el pago de su consulta y al consultorio para su atención médica. Si el médico le otorga una próxima cita, el paciente deberá acercarse al dispensador de ticket y pedir una próxima consulta.

También se está implementando un módulo para la atención de los pacientes de los lugares más alejados que refieran al Hospital Regional mediante una línea telefónica para separar citas únicamente a pacientes de otras provincias, regiones o puntos lejanos, con la finalidad de evitar que tengan que asistir al nosocomio para sacar su ticket de atención y regresar otro día para la consulta. Este servicio supone un ahorro de tiempo y dinero para los ciudadanos. Este módulo consta de dos (02) estaciones de trabajo con sistema touch pack, dos anexos telefónicos y dos correos electrónicos, para ofrecerle mayores herramientas de comunicación y referencia al público usuario y establecimientos de salud.

- Se logró mejorar los indicadores de producción del hospital como: (i) El incremento de la capacidad resolutoria,

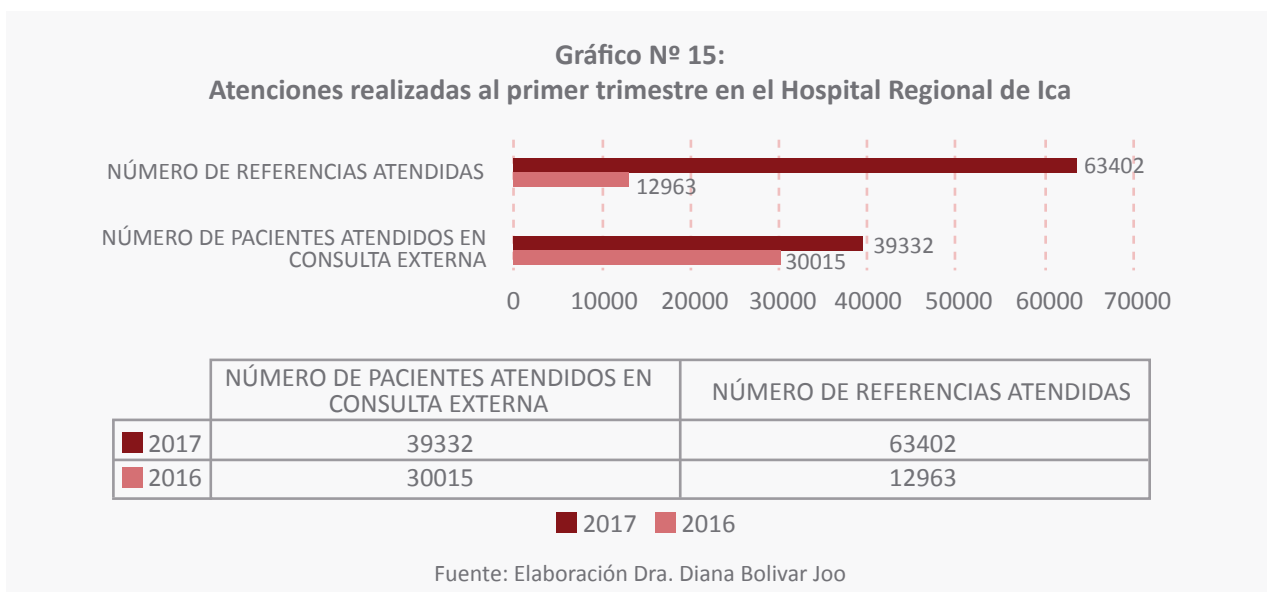
el que se sustenta en la disminución de referencias a otros establecimientos y en el incremento de referencias atendidas; (ii) El incremento del acceso y capacidad

operativa del hospital en la consulta ambulatoria y (iii) El incremento de las atenciones en emergencia.



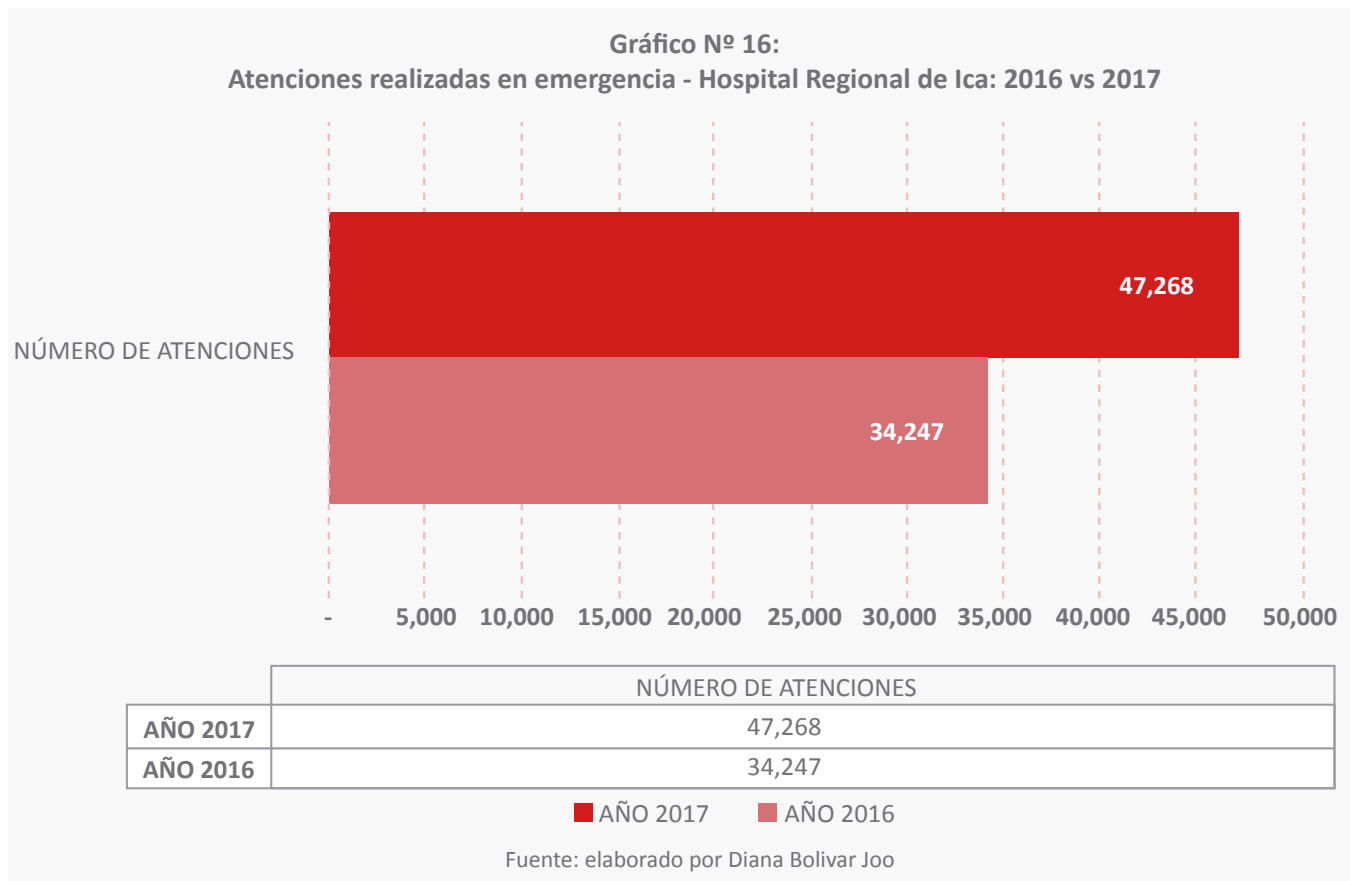
- Como se observa en el gráfico N°13, se incrementó el número de personas atendidas en aproximadamente

9,000 atenciones más entre el año 2016 y 2017.



El gráfico N° 14 muestra el incremento de atenciones en consulta externa del Hospital Regional de Ica, así como el

incremento en 50,000 atenciones a pacientes referidos.



En el gráfico N°15 se muestra el incremento del número de atenciones en emergencia en 10,000 atenciones.

- Se logró que médicos no acaten la huelga médica, con la aplicación de los descuentos y la recuperación del principio de autoridad.
- Se logró asignar dos Gerentes Públicos al Hospital Regional de Ica, uno para la Dirección de Administración y para la Oficina de Planeamiento del Hospital.

d. Limitaciones

- No se ha logrado combatir plenamente la micro corrupción, ya que se encontraron situaciones que están fuera del ámbito de acción de la gerente público

asignada al Hospital Regional.

e. Factores de éxito

- Respaldo en todo momento del Gobernador Regional de Ica.
- Conocimiento de la gestión hospitalaria y normas en recursos humanos; así como el inicio de procesos administrativos, sanciones y descuentos si es que no se cumplían los horarios de trabajo.

f. Factores limitantes⁵

- El sobre empoderamiento de los Sindicatos.
- El desconocimiento de las normas por parte del personal

⁵ Cilloniz, F. (2018). Del caos en los hospitales... al bienestar de los pacientes. Para Correo Ica y Lampadia. Recuperado de <https://lampadia.com/analisis/desarrollo/del-caos-en-los-hospitales-al-bienestar-de-los-pacientes>. En este artículo el Gobernador de Ica da una reseña clara y valiente sobre la corrupción como fenómeno hospitalario.

de salud.

- La falta de línea de autoridad.
- La micro corrupción en procesos de compras y licitaciones, y en proceso de pagos para la contratación de CAS.
- El apoyo que tenían ciertos trabajadores con procesos administrativos por parte de los Congresistas de la Región Ica.

g. Replanteamientos de gestión futura

- A partir de la experiencia obtenida, se considera relevante la revalorización de los trabajadores ya que con las deudas que el hospital tenía, la gerente pública se dedicó más al manejo del Hospital Regional y a solucionar algunos procesos de licitación para que se cumplan como lo establece el marco normativo.

4. Aportes de un prestador al aseguramiento público de salud mental, la experiencia del GP Julio Ríos Peña - Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi"

a. Datos generales

- Nombre: Julio Francisco Ríos Peña.
- Profesión: Médico Cirujano.
- Grupo de selección de SERVIR: 9na convocatoria.
- Sede de trabajo de la experiencia: Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi".
- Período de tiempo: Del 13 de agosto del 2015 a la fecha.

b. El encargo del gerente público

i. Entidad

El Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado – Hideyo Noguchi" (INSM "HD-HN") es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud que presta atención altamente especializada en Salud Mental y realiza actividades de docencia e investigación en Salud. Está categorizado como institución de nivel III- 2.

El INSM "HD-HN" es un establecimiento de salud de referencia nacional en la especialidad de salud mental y psiquiatría, su acción se desarrolla en los campos de

investigación, la docencia, asistencia técnica y la atención de mayor complejidad. Sus acciones tienen implicancia en el nivel nacional, regional y local.

ii. Tamaño de la entidad

El INSM "HD-HN" cuenta con aproximadamente 610 trabajadores, entre médicos (70), enfermeras (70), psicólogos (70), trabajadores administrativos (120), entre otros.

El presupuesto anual de esta institución es de aproximadamente 50 millones de soles.

iii. Materia de gestión

Dirección Ejecutiva de Planeamiento Estratégico

Es la encargada de dirigir y supervisar los procesos de planificación, presupuesto, racionalización, de programación e inversiones y otros (Estadística e Informática, Demarcación Territorial y Cooperación Técnica).

iv. Experiencia de gestión

El gerente público Ríos ingresó al INSM "HD-HN" en el 2013 como integrante del equipo de gestión, y este equipo de gestión se planteó una serie de reformas ya que se percibía al Instituto aislado del Ministerio de Salud. A pesar de que el hospital tenía un gran potencial, el cual se utilizaba al mínimo. Sin embargo, la expectativa nacional de atender la salud mental era alta, planteándose varios cambios. Con el tiempo, el equipo de trabajo se percató de que no solo debía cambiar la organización de servicios, sino el modelo de gestión debería centrarse más en la atención al paciente, a través de un trato humanizado.

El INSM "HD-HN" estableció una relación estratégica con el SIS para dar cobertura de servicios de salud mental a su población asegurada.

c. Logros de la gestión

i. Situación inicial y retos

El gerente público identificó un entorno con las siguientes características:

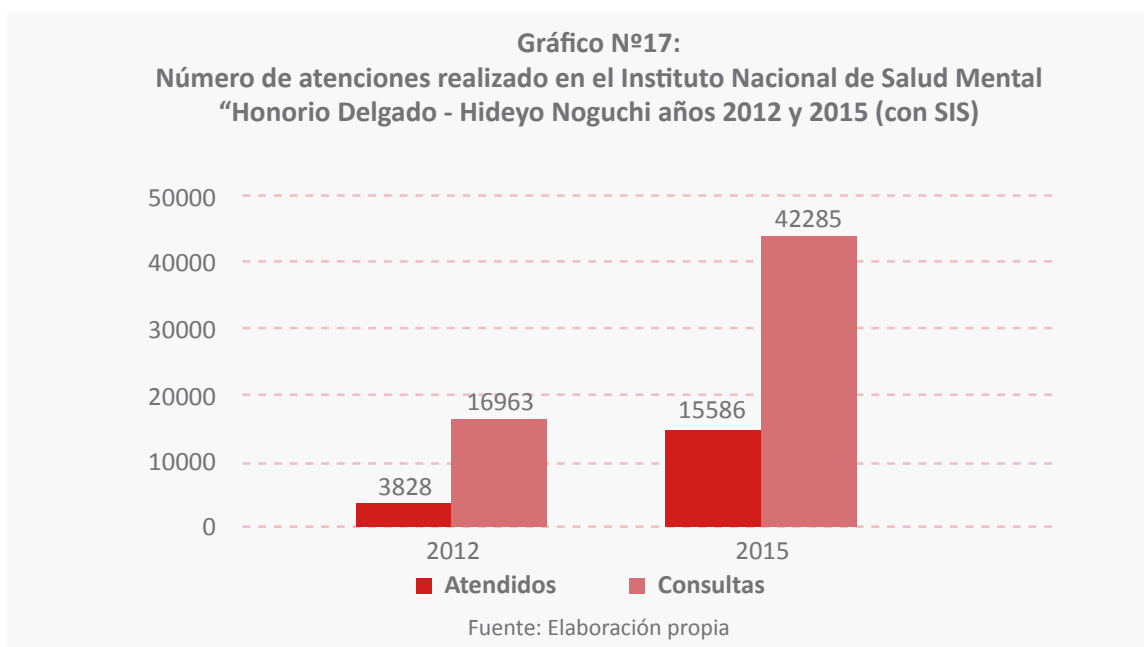
- Se identificó que el instituto cuenta con trabajadores especializados pero que no se identifican con los

pacientes y/o usuarios. Es decir que, en el modelo de gestión, el trabajador se caracterizaba por no tener un trato humano hacia los pacientes.

- Resistencia y obstrucción interna al financiamiento del SIS, adoptándose como decisión la suscripción de convenio con el SIS, lo cual significó que la gestión de medicamentos, la gestión de la prestación debiera mejorar para brindar servicios de calidad. Este esfuerzo estuvo liderado en todo momento por el Director General del Instituto.
- Actos de corrupción. Se detectó que había reparto de fondos del tesoro público a los trabajadores sin marco legal. Ante esta situación, se rompió todo acto de corrupción, hecho que ha significado momentos de tensión ya que en varias ocasiones se ha solicitado su destitución.

ii. Logros

- Actualmente, el modelo de atención al paciente se centra en el trato humanizado.
- Se suscribió e implementó el Convenio con el SIS, con lo que se reduce los gastos en los que incurren los pacientes. Esto a su vez implicó fortalecer la gestión de medicamentos, el cual es un aspecto central en la atención de salud mental. El convenio permitió que la población tenga acceso a servicios de salud mental, abriendo el Instituto a la población pobre con medicamentos financiados por el SIS. Cabe resaltar que esta buena práctica fue ganadora en la Sub categoría Acceso a Servicios Básicos - 2016⁶ del Concurso Buenas Prácticas en Gestión Pública de Ciudadanos al Día y de SERVIR (2016).



- Se implementó “El hogar protegido para personas con trastorno mental crónico de mediana y larga estancia en condición de abandono familiar o social implementada en alianza entre el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio

Delgado – Hideyo Noguchi, la Municipalidad Distrital de Carabayllo y la ENIEX “Socios en Salud” en el distrito de Carabayllo”⁷. Experiencia que fue presentada en Concurso Buenas Prácticas en Gestión Pública SERVIR – 2017.”

⁶ INSM- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”: Protección financiera y disponibilidad de medicamentos como recursos críticos para la cobertura de servicios de salud mental en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” 2013 -2015.

⁷ INSM- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”: “El hogar protegido para personas con trastorno mental crónico de mediana y larga estancia en condición de abandono familiar o social implementada en alianza entre el instituto nacional de salud mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, Municipalidad Distrital de Carabayllo y la ENIEX “Socios en Salud” en el distrito de Carabayllo, Concurso de Buenas Prácticas SERVIR – 2017.

d. Limitaciones

A partir del cambio de gestión en el Instituto, se mantiene

- a la fecha el trabajo con el SIS y la atención centrada en el paciente “Trato Humanizado”. Sin embargo, parte del trabajo emprendido ha sido paralizado, dado que existe una tendencia a la inercia, donde el contexto político actual no permite una continuidad de lo emprendido.

e. Factores de éxito

Respaldo y confianza del Director General durante la

- gestión del gerente público.

Factores limitantes

La confusión al no definir claramente el rol rector del

- MINSA y diferenciarse del rol prestador, lo que se expresa con la desactivación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS). De esta manera el MINSA “sede central” se hace cargo de la salud mental del ámbito de Lima Metropolitana, lo cual no le permite ejercer una rectoría en salud, como el conductor de las políticas que el Perú requiere.

g. Replanteamientos de gestión futura

El gerente público considera relevante el implementar las

- medidas adoptadas en el menor tiempo posible; ya que de su experiencia, el convenio con el SIS tardó en gestionarse un año y medio. De haberse reducido los tiempos de gestión; por ejemplo, de este convenio, se hubiese podido aprovechar el tiempo en implementar mejoras que permitieran que el Instituto se convirtiera en un buen referente para elaborar políticas de salud mental.

5. Construcción de la Autoridad Sanitaria Regional, la experiencia del GP Gustavo Rosell de Almeida – Región San Martín.

a. Datos generales

- Nombre: Gustavo Rosell de Almeida
- Profesión: Médico, epidemiólogo, especialista en Salud Pública.
- Grupo de selección de SERVIR: III Políticas Sociales 2010.
- Sede de trabajo de la experiencia: Dirección Regional de Salud de San Martín

v. Período de tiempo: enero 2012 a diciembre 2018.

b. El encargo del gerente público

i. Entidad

La Dirección Regional de Salud de San Martín gestiona una red regional de servicios a través de 370 establecimientos de salud y ocho Hospitales: Hospital de Lamas (II-E), Hospital de Tocache (II-1), Hospital de Bellavista (II-E), Hospital Banda de Shilcayo (II-E), Hospital Moyobamba (II-1), Hospital de Juanjui (II-E), Hospital Tarapoto (II-E), Hospital Rioja (II-1). Los establecimientos de Salud están distribuidos en los 77 Distritos de las 10 provincias de San Martín. Cuenta con 10 Redes Sanitarias: Red Bellavista, Red Huallaga, Red Dorado, Red Lamas, Red Mariscal Cáceres, Red Moyobamba, Red Picota, Red Rioja, Red San Martín, Red Tocache. Asimismo, se cuenta con 50 micro redes de salud.

ii. Tamaño de la entidad

La Dirección Regional de Salud de San Martín en el año 2015 contaba con aproximadamente 1646 trabajadores, los cuales se distribuían de la siguiente manera: médicos (528), enfermeros (533), obstetras (472), odontólogos (113).

La red pública regional, en el 2015, tuvo un presupuesto anual de aproximadamente S/ 422, 668,023 millones de soles.

iii. Materia de gestión

Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional de San Martín.

El Director Regional de Salud San Martín, es la Autoridad Sanitaria Regional encargada de la conducción sectorial del sistema de salud en el ámbito departamental. También es responsable de generar la mejora del estado de la salud y de la prestación de los servicios públicos sanitarios.

iv. Experiencia de gestión

La experiencia de gestión que se desarrolló en San Martín diferenció la gestión sanitaria –la obtención de resultados de salud- del soporte administrativo, que estaba en manos de unidades denominadas oficinas de operaciones. La gestión de las políticas de salud en el territorio regional era

responsabilidad de la Dirección Regional de Salud, y en ese sentido, era responsable de la prestación, a través de las redes de servicios y los hospitales.

El gerente público se planteó generar resultados sanitarios, y adecuar la organización del sistema público regional que permita ejercer de manera fortalecida las funciones esenciales de salud pública. Las metas planteadas en la gestión se desagregan en materias de organización, prestación de servicios y en gestión del financiamiento.

c. Logros de la gestión

i. Situación inicial y retos

Al iniciar su gestión, el gerente público identificó que:

Los indicadores de desnutrición crónica infantil, dengue y mortalidad materna eran preocupantes.

La falta de servicios oncológicos, la desorganización de las redes de salud, las grandes brechas de infraestructura y equipamiento hospitalario caracterizaban el sistema público regional.

ii. Logros

Se formuló el Plan Multianual de Inversiones (PMI) en Salud, y se diseñó, financió y puso en ejecución una cartera inicial de nueve proyectos de inversión para nueve hospitales.

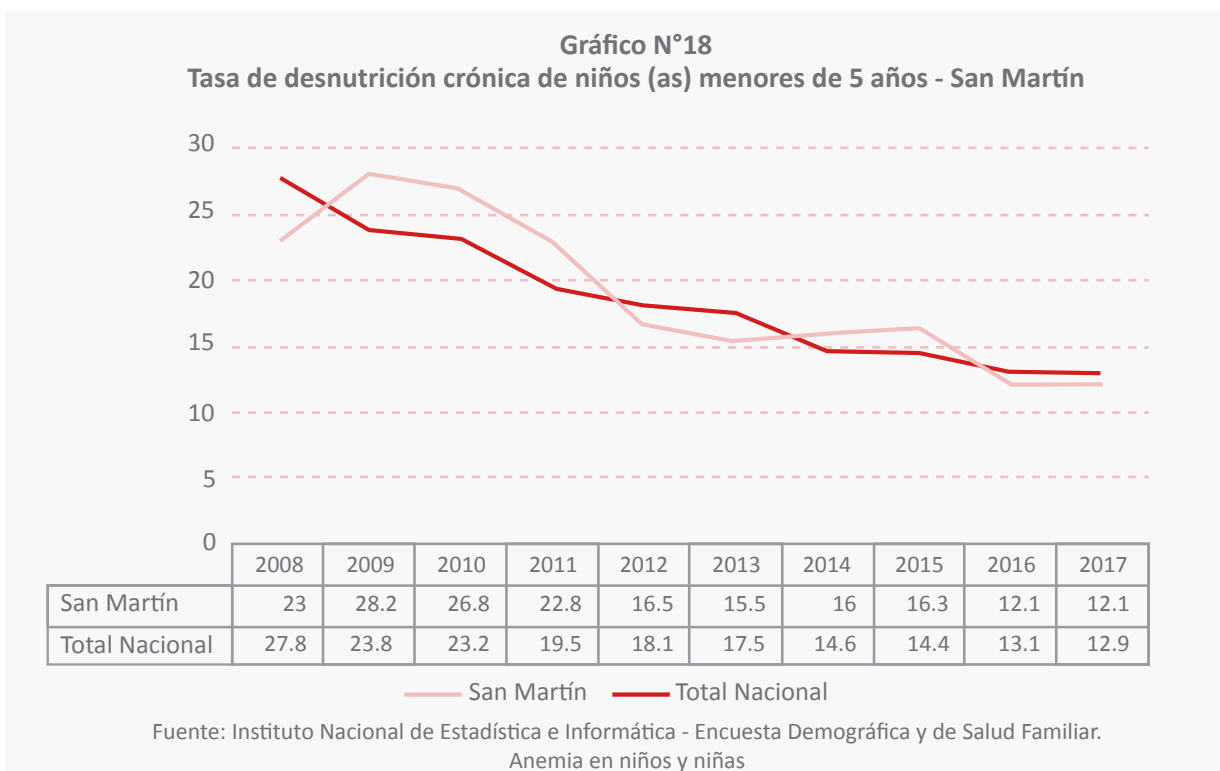
Se puso en funcionamiento el servicio oncológico de la provincia de Lamas para mejorar el diagnóstico y tratamiento de cáncer, lo que se hizo con ahorros de la Dirección Regional de Salud en gastos de mobiliario, papel, con la eficiencia de la compra corporativa y el cobro de penalidades a empresas infractoras.

Se redujo la DCI y la mortalidad infantil, se logró controlar la epidemia de dengue y la leptospirosis.

Tasa de Desnutrición Crónica

La desnutrición crónica es un indicador del desarrollo del país y su disminución muestra la mejora de la capacidad física, intelectual, emocional y social de las niñas y niños. Se determina al comparar la talla de la niña o niño con la esperada para su edad y sexo.

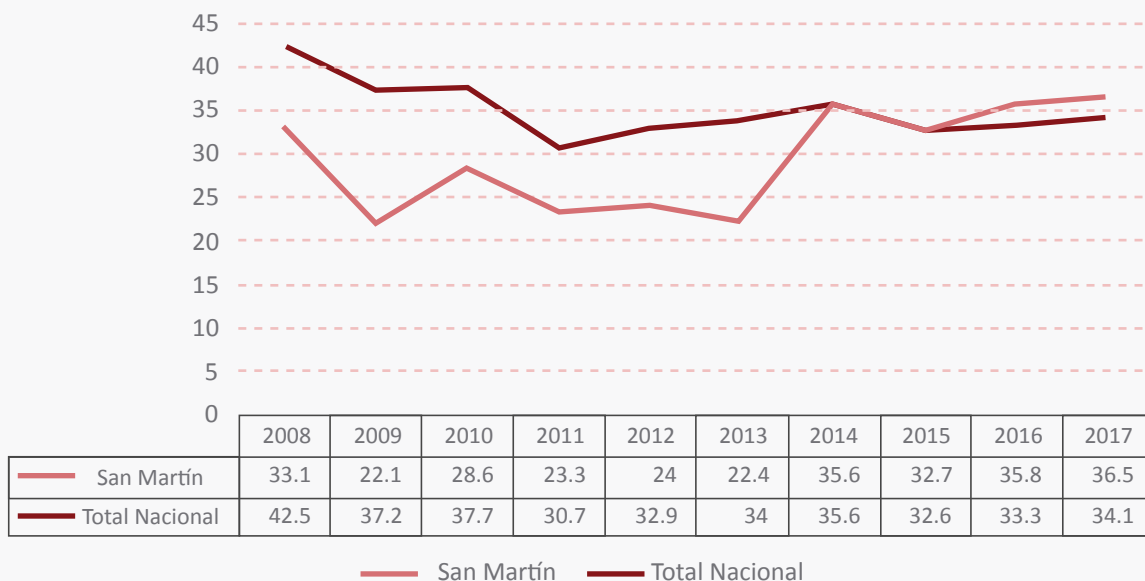
En tal sentido, en el año 2017 la desnutrición crónica afectó al 12,1% de niñas y niños menores de cinco años de edad; en el año 2012, se observó que el 23% de la población infantil, tenía talla menor a la esperada para su edad.



En el año 2017, se identificó que el 36.5% de niñas y niños de 6 a 59 meses de edad del Gobierno Regional de San

Martin tenía anemia. Esta proporción fue menor a la observada en el año 2012 donde fue de 33,4%.

Gráfico N°19
Porcentaje de niños de 6 a 59 meses de edad con anemia total - San Martín



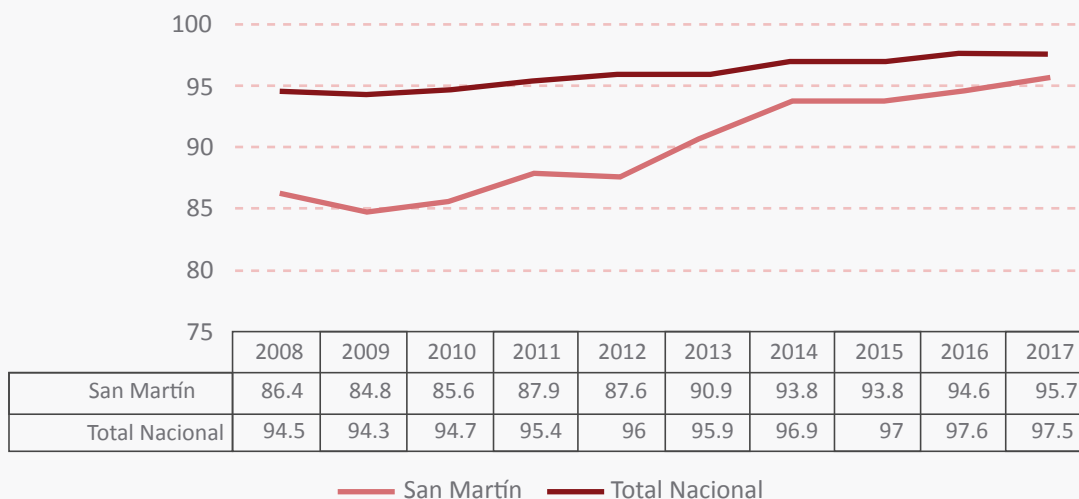
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Atención Prenatal

En el embarazo del último nacimiento, el 95,7% de las mujeres tuvo algún control prenatal por personal de salud

calificado (médico, obstetra y enfermera) en la Región San Martín. Al comparar con el año 2012, esta cifra aumentó 9,3 puntos porcentuales (86,4%).

Gráfico N°20
Atención prenatal por parte de profesionales de salud - San Martín

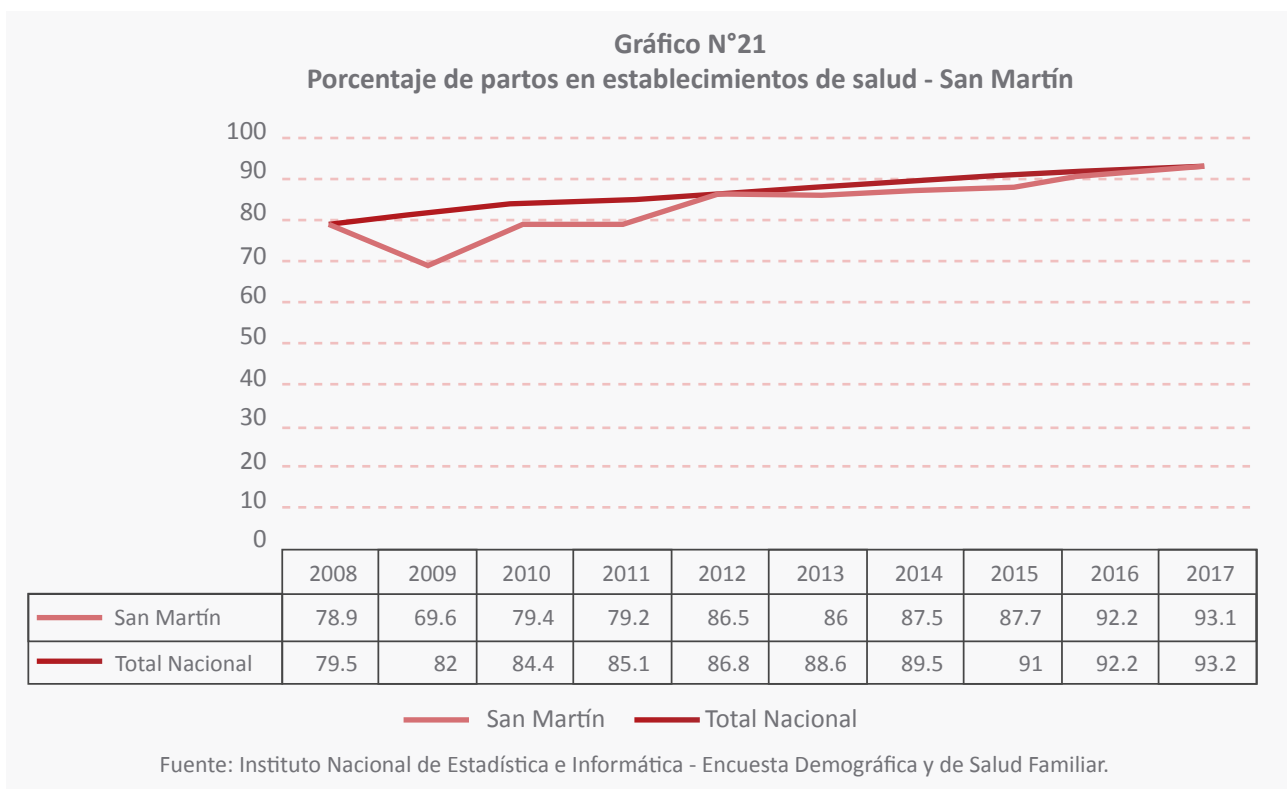


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Parto Institucional

El 93,1% de partos fueron atendidos en un

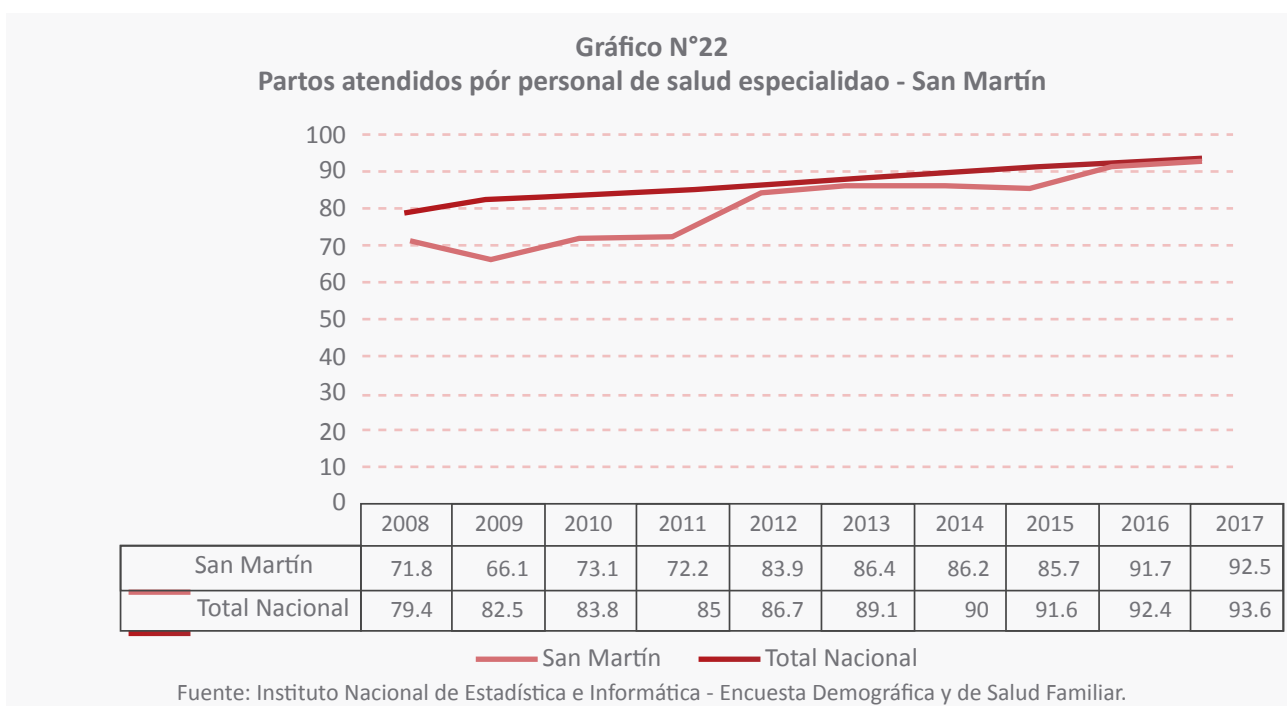
establecimiento de salud. Esta proporción aumentó 14.2 puntos porcentuales respecto al año 2012 (78.9 %).



Partos atendidos por personal de salud especializado

El 92,5% de partos fueron atendidos por personal de salud calificado (médico, obstetra, enfermera). Esta proporción

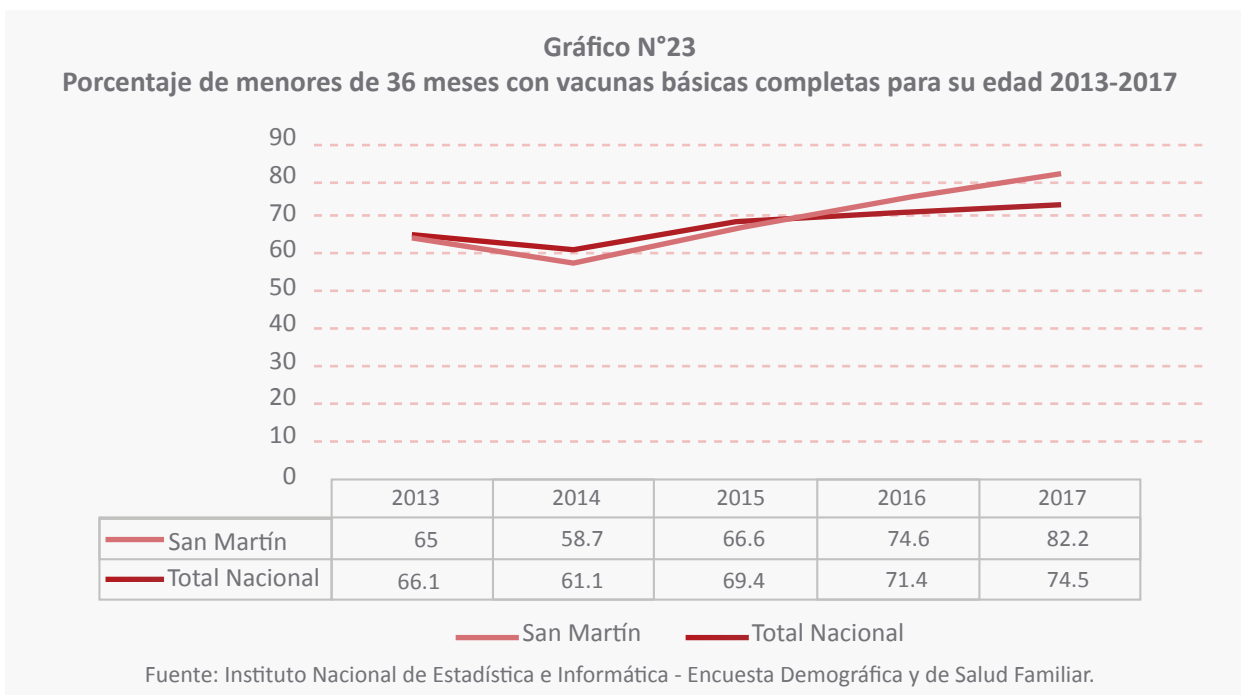
aumentó 20.7 puntos porcentuales respecto al año 2012 (71.8 %).



Vacunas básicas

El porcentaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad con todas las vacunas básicas completas fue de

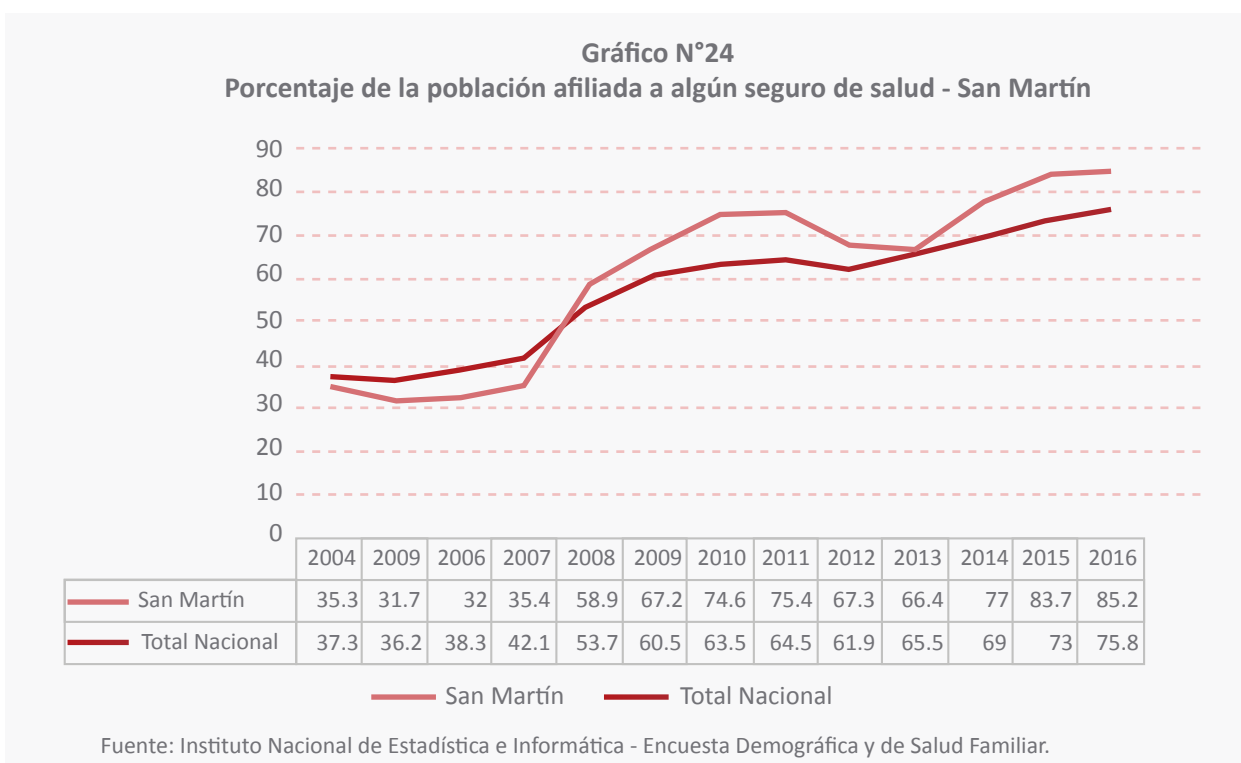
82.25% en el Departamento de San Martín, lo que representa un incremento de 17 puntos porcentuales respecto a lo registrado en el año 2013 (65%).



Porcentaje de población afiliada a algún seguro de salud

El 85.6% de la población del Departamento de San Martín

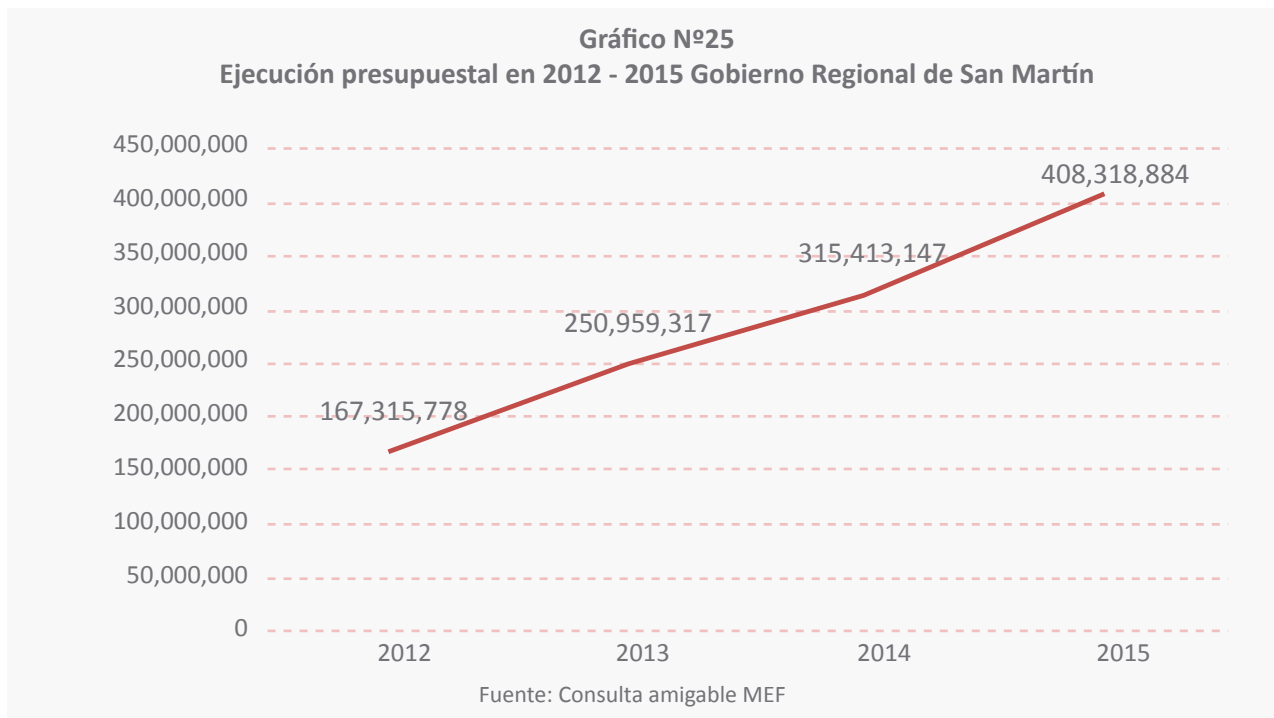
cuenta con algún tipo de seguro de salud (SIS, EsSalud, privado), en comparación al año 2012 (67.3%)



Ejecución Presupuestal

La ejecución presupuestal de la Gerencia Regional de Salud Moquegua en el periodo 2012-2015 tuvo una

evolución considerable, esta ejecución está también asociada al marco de las asignaciones presupuestales (PIM) que también se ha incrementado cada año



Al respecto, se redelimitaron las redes de salud, y se implementó un rediseño institucional de la DIRESA que separaba las funciones de gestión sanitaria de las administrativas. Asimismo, se redistribuyeron las plazas del personal CAS y de locadores de servicios para dar más racionalidad a la distribución del personal asistencial. El financiamiento de salud se incrementó considerablemente, sobre todo el del Seguro Integral de Salud y del Fondo de Estímulo al Desempeño.

d. Limitaciones

- Durante la gestión del gerente público no se lograron implementar completamente las redes de salud.

e. Factores de éxito

Entre los factores de éxito relacionados a la gestión se pueden identificar los siguientes:

- El soporte político del Presidente Regional para iniciar los

cambios organizacionales, la orientación del presupuesto, y el respaldo a la autoridad sanitaria.

- El equipo de gestión, tanto el de la DIRESA como el denominado “equipo de gestión ampliado” con los directores de redes y jefes de oficinas de operaciones.
- El soporte de gerentes públicos en el manejo administrativo en las Oficinas de Operaciones.
- El trabajo cercano con el MINSa, sobre todo en el manejo de la normatividad sectorial.
- El soporte de SERVIR, sobre todo en momentos de crisis, en momentos de huelgas, resistencias de hospitales como ocurrió con el Hospital de Moyobamba respecto a su no categorización demandada.
- El buen manejo político de las relaciones con el Consejo Regional.

f. Factores limitantes

- La red de corrupción que se expresaba en pretensión de compras sobrevaloradas, direccionamiento de éstas; así como pagos sin contratos, lo que implicaba una inversión

de tiempo y recursos para combatirla y para darle a las denuncias el trámite legal que corresponde.

- La huelga de tres meses del personal administrativo.
- Las limitaciones del equipo de gestión regional y local.

g. Replanteamientos de gestión futura

- A partir de la experiencia desarrollada, se plantea mejorar el control de los procesos clave en la administración para garantizar la probidad, la eficiencia y no tener luego que invertir recursos en la atención de denuncias.
- Mejorar la medición del tiempo de logro de resultados. En la experiencia del gerente público, es importante que las autoridades políticas lo sepan y lo entiendan.
- Mejorar el manejo de las demandas sociales para que éstas no obstruyan la gestión.

6. Ciento por ciento para sanar a los niños y niñas, la experiencia de la GP Zulema Tomas – Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.

a. Datos generales

- Nombre: Elizabeth Zulema Tomas Gonzales
- Profesión: Médico cirujano, anestesióloga.
- Grupo de selección de SERVIR: 7ma Convocatoria.
- Sede de trabajo de la experiencia: Instituto Nacional de Salud del Niño San Borja.
- Período de tiempo: Julio de 2015 a agosto de 2018.

b. El encargo del gerente público

i. Entidad:

El Instituto Nacional de Salud del Niño – San Borja (INSN-SB), es un órgano desconcentrado del Ministerio de Salud y un establecimiento de salud tercer nivel de atención que tiene como finalidad brindar la atención integral en trasplante de progenitores hematopoyéticos, cardiología y cirugía cardiovascular, neurocirugía, atención del neonato complejo y cirugía neonatal y atención del paciente quemado. Ofrece servicios de soporte al diagnóstico y tratamiento, desarrolla la docencia e investigación. Su grupo etario objetivo son niños de 0 a 18 años.

El INSN – SB cuenta con un Contrato de Gerencia del

Proyecto de gestión del INSN – SB, cuyo objeto es la provisión de 10 servicios de bata gris.

ii. Tamaño de la entidad

El INSN-SB cuenta con 1277 trabajadores, entre profesionales de la salud y personal administrativo y de apoyo. 1,096 están en condición de CAS, 178 son nombrados.

El INSN-SB está conformado por la Unidad de Donación y Trasplante de Órganos Sólidos y 07 Sub-Unidades como: Quemados, Cirugía Neonatal y Pediátrica, Neurocirugía, Cardiología y cirugía cardiovascular, Especialidades Quirúrgicas(Oftalmología, Otorrinolaringología, Tórax, Odontología, Urología, Cabeza y Cuello, Ginecología, Traumatología), Especialidades pediátricas (Neumología, Pediatría, Infectología, Endocrinología, Dermatología, Nefrología, Salud Mental, Neurología, Medicina de Rehabilitación, Medicina de Adolescente), Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos, además de servicios de apoyo al diagnóstico y tratamiento.

El Instituto maneja un presupuesto anual de 277 millones de soles.

iii. Materia de gestión

Dirección General del Instituto.

Es la responsable de dirigir clínicamente y administrar los servicios quirúrgicos especializados en patologías complejas y de trasplantes en niños, niñas y adolescentes en el Perú. Es el centro de atención de mayor complejidad y de mayor tecnología para la población infantil en el Perú, y que hoy es la sede latinoamericana de tratamiento de quemados.

iv. Experiencia de gestión

Desde el inicio de su gestión la gerente público se propuso implementar y poner en operatividad al 100% el Instituto que tenía apenas dos años de funcionamiento, usando al máximo la capacidad instalada. Asimismo, se planteó que el Instituto pueda efectivamente resolver patologías complejas que no se pueden atender en otros institutos del país, y realizar cirugía de día.

c. Logros de la gestión

i. Situación inicial y retos

- Al inicio de la gestión, el nuevo Instituto tenía dos años de operación y se encontraba en proceso de implementación, contando con sólo 64 camas operativas. El presupuesto institucional modificado era de casi 84 millones de soles y contaba solamente con 392 trabajadores, 28 en condición de comisionados del INSN-Breña.
- Entre los retos enfrentados, se encontró que los recursos eran insuficientes para la operatividad institucional. La producción de Consulta Externa era de apenas 16,048; las atenciones de Emergencia eran sólo de 1,832; el Centro Quirúrgico tenía 1,866 intervenciones; Hospitalización 1,126 y la UCI 559. Además, se resalta que no se realizaban campañas extramuros.
- En cuanto al componente de investigación, innovación y docencia se encontró con una limitada implementación, iniciando su operatividad con las capacitaciones en cirugía

experimental. Desde el 2013 hasta abril del 2015 se contaba con los equipos de Telesalud, que no se empleaban para ninguna atención.

- Los documentos de gestión se encontraban en proceso de elaboración: manuales, guías de procedimientos, etc. y el sistema de información asistencial no estaba articulado y no proveía indicadores de desempeño hospitalarios en tiempo real.

ii. Logros

Desde el 2015 la gestión está orientada a generar valor público para la población objetivo, con un enfoque sistémico innovador. Así se logró que:

- El INSN – SB se encuentre al 100% de operatividad de número de camas, lo que ha permitido un incremento considerable de sus atenciones en beneficio de los pacientes.

Cuadro N° 16:
Operatividad del número de camas INSNB

CAMAS POR UPS	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Camas en hospitalización	23	48	100	170	222	253
Camas en UCI	9	16	26	53	59	59
Total	32	64	126	223	281	312
Operatividad	10.26	20.51	40.38	71.47	90.96	100.00

Fuente: Elaboración propia

- Se desarrolló una cartera de servicios de patología de alta complejidad. El incremento del número de atenciones durante la gestión ha sido sustancial. Actualmente la producción es la siguiente: 313,605 atenciones en Consulta Externa, 18,183 atenciones en Emergencia, 13,422 intervenciones en Centro Quirúrgico, 11,129 en Hospitalización y 4,512 en UCI.
- Desde el 2016, se da inicio a las Campañas Extramuros con intervención integral, desarrolladas de manera descentralizada donde se tiene mayor incidencia de patologías.
- Se implementaron nuevas técnicas para cubrir la necesidad de atención según la cartera de servicios del Instituto:
 - En el 2017 se iniciaron las intervenciones de trasplante renal. Hasta Junio del 2018 se han realizado 5 trasplantes

renales (donantes vivos y cadavéricos).

- El INSN-SB fue acreditado como establecimiento de salud donador – trasplantador de hígado, riñón, y cornea, convirtiéndose en el primer centro pediátrico certificado.
- Se realizaron 67 Trasplantes de Médula Ósea de tipo alogénico emparentado y no emparentado, de ello 43 trasplantes alogénico emparentado hermano compatible y 12 trasplantes haploidéntico, siendo el último el único realizado en el País.
- Al 2017, se realizó la colocación del primer implante coclear (dispositivo eléctrico para escuchar), y a la fecha se han realizado 03 implantes a pacientes del SIS, recuperando a niños con sordera.
- Se ha iniciado la elaboración de prototipos de piezas anatómicas con impresión 3D y se implementó la técnica de “cultivo de piel”, realizada por el servicio de Banco de tejidos.

- Desde setiembre del año 2015 a junio del año 2018, se ha establecido conexión con 66 establecimientos de salud a nivel nacional, habiendo realizado 1048 Teleconsultas, 106 Telecapacitaciones, 79 Telegestión, con 664 referencias solicitadas, 208 pacientes referidos y 456 referencias de manejo conjunto. El INSN-SB está acreditado como Centro Consultor de la Red Nacional de Telesalud.
- Desde el 2015 y durante la gestión se desarrolló la innovación en la gestión y el trabajo en equipo, prácticas que han logrado 26 reconocimientos de diversas instituciones públicas y privadas a nivel nacional e internacional, entre los que podemos destacar:
 - Ciudadanos al Día: se cuenta con 10 certificaciones de Buena Práctica Gestión Pública, siendo una de ellas Ganador de Buenas Prácticas Gestión Pública en la categoría Inclusión Social.
 - SERVIR: se cuenta con 3 reconocimientos y 2 buenas Prácticas de gestión ganadoras.
 - Reconocimiento en el Congreso Interamericano de Radiología-CIR 2016 y Organismo Internacional de

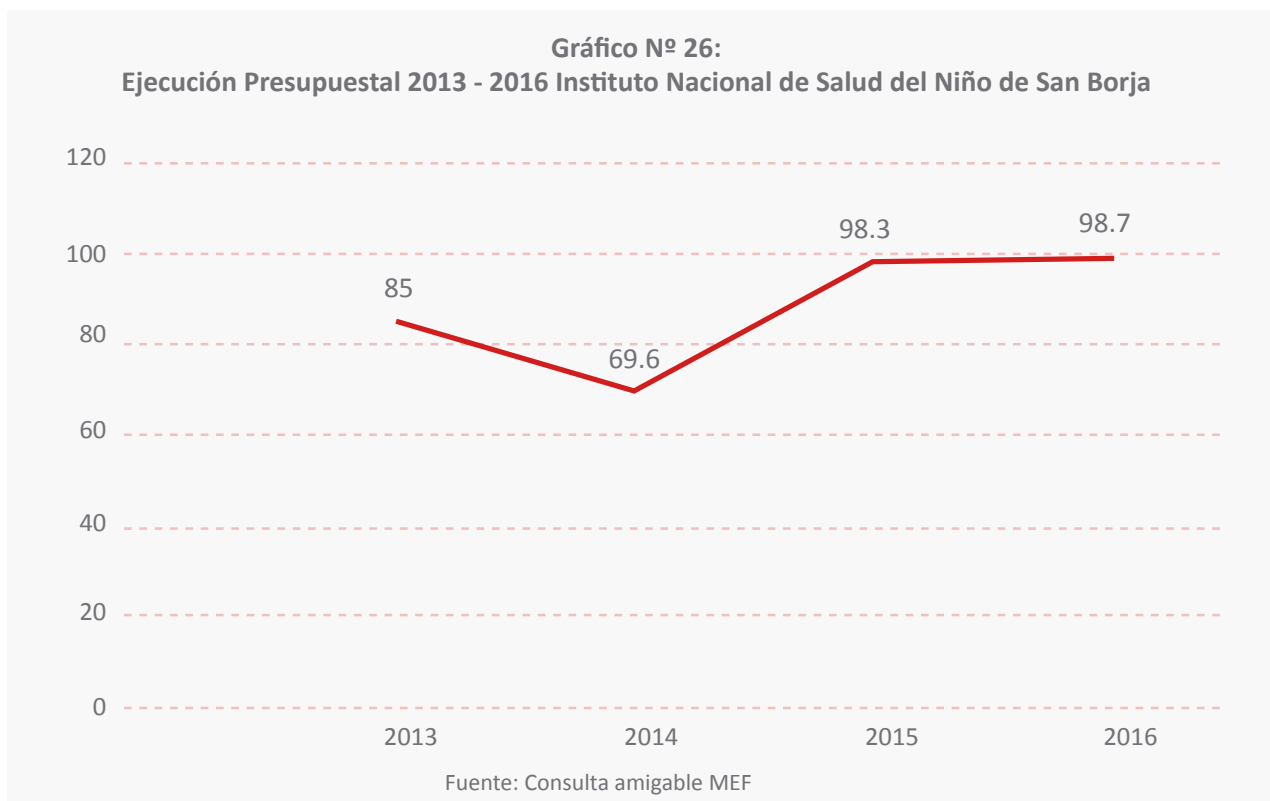
Energía Atómica por procedimientos especializados en diagnóstico por imágenes y Banco de Tejidos respectivamente.

- Desarrollo de la investigación, habiendo registrado en el DINA 83 proyectos.
- Se recibió el premio por mejor trabajo científico en la Reunión Anual de la Sociedad Latinoamericana de Investigación Pediátrica (SLAIP): “Prescripción de medicamentos off label en unidades de cuidados intensivos pediátricos: estudio multicéntrico en Perú, Argentina y Chile” y el reconocimiento a la investigación: “Predicción de mortalidad en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de Quemados en el INSNB 2014-2016”.
- Se promueve el fortalecimiento de la Docencia a nivel nacional con 147 actividades académicas institucionales y 2 cursos internacionales.
- La ejecución presupuestal del Instituto Nacional del Niño de San Borja, desde el 2015, ha tenido una evolución notable en el PIM y en la ejecución presupuestal.

Cuadro N° 17:
Ejecución Presupuestal 2013 -2017 Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja

Años	PIA	PIM	Avance %
2013	0	10,107,775	85
2014	0	35,991,162	69.6
2015	96,333,787	83,831,286	98.3
2016	135,893,320	145,597,070	98.7

Fuente: : Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja 2018



d. Limitaciones

- Si bien se ha alcanzado el 100% de operatividad, aún no es un funcionamiento óptimo. Se necesita aprovechar toda la capacidad ociosa para poder hacer más.
- La existencia de grupos de colaboradores que no tienen el mismo compromiso que el resto. Es un desafío lograr el compromiso y la fidelidad de los profesionales y administrativos.

e. Factores de éxito

Entre los factores de éxito se destacan los siguientes:

- La vocación de servicio, asumir el encargo como una misión.
 - La orientación al ciudadano se ha asumido como equipo de gestión y profesional. Eso impulsa a la institución para servir a los niños y salvar vidas.
 - La estabilidad de la gerencia pública y la no injerencia política en la gestión, así como la capacitación para la gerencia que desarrolla SERVIR.
- El equipo de apoyo a la gestión es un factor clave.

f. Factores limitantes

- La principal limitación que se ha enfrentado es la brecha de especialistas y sub especialistas. Hay carencia de intensivistas pediátricos, cardiocirujanos pediátricos, neurocirujanos pediátricos y anestesiólogos pediátricos.
- Hay paradigmas que se tuvieron que romper. Por ejemplo, que el padre y la madre no podían estar 24 horas con sus niños. Actualmente, se ha puesto en funcionamiento un albergue para los familiares.
- La rigidez de los horarios, los cuales se tuvieron que flexibilizar.

g. Replanteamientos de gestión futura

- La fórmula de contratación de CAS y la tercerización de algunos servicios permite una gestión orientada a resultados, a producción de servicios. Eso permite cambiar a alguien si no se desempeña según lo esperado. A su vez se considera relevante la conformación de un staff, una planta o capacidad propia.
- La gerente pública recomendaría que la Alianza Público Privada del Instituto se fortalezca más.

- Tener un contrato de largo plazo asegurado de bata gris y verde permite calidad y oportunidad en la prestación de servicios, evita la corrupción, los boicots internos y los contratos directos que se producen cuando los procesos de licitación no prosperan o porque se malogran los equipos.

7. Más servicios médico quirúrgico especializados para los ciudadanos del Perú, la experiencia del GP Edwar Cruz, Plan MÁS SALUD

a. Datos generales

- Nombre: Edwar Alcides Cruz Sánchez
- Profesión: Médico, especialista en Gestión de Salud.
- Grupo de selección de SERVIR: 7ma Convocatoria.
- Sede de trabajo de la experiencia: Oficina de Cooperación y Asistencia – Instituto de Gestión de Servicios de Salud – IGSS. Coordinación Nacional del Plan Más Salud.
- Período de tiempo: febrero de 2015 a Julio del 2016.

b. El encargo del gerente público

i. Entidad:

El Plan MÁS SALUD, consta de servicios médicos especializados dirigidos a atender la demanda concentrada y acumulada a nivel nacional.

ii. Tamaño de la entidad

El Plan MÁS SALUD manejaba un presupuesto aproximado de 25 millones por año. Conducía a 300 colaboradores entre profesionales de las especialidades de anestesiología, cardiología, cirugía general, dermatología, gastroenterología, ginecología y obstetricia, medicina interna, oftalmología, otorrinolaringología, urología, neurología, neumología, psiquiatría, odontología, medicina física y rehabilitación, diagnóstico por imágenes optometría, enfermería, tecnólogo médico, y técnicos de enfermería. Todos ellos principalmente locadores. El ámbito de actuación del Plan es nacional y para la atención de la demanda en todas las regiones.

iii. Materia de gestión

Dirección del Plan MÁS SALUD

Es la responsable de organizar, dirigir, ejecutar, monitorear y evaluar la prestación de servicios especializados de salud de manera itinerante en Lima y regiones, fortaleciendo la capacidad de respuesta de los hospitales.

El Plan MÁS SALUD lleva atención especializada donde los ciudadanos lo necesitan, conformando equipos de 50 profesionales especialistas médicos, enfermeras y personal de apoyo especializado, para llevar atención médico quirúrgica en jornadas de 15 días al mes en un hospital de toda las regiones del país, ofertando consulta externa especializada, procedimientos de diagnóstico y tratamiento, y cirugía ambulatoria y de corta estancia, llevando además equipamiento biomédico de alta tecnología y medicamentos especializados.

iv. Experiencia de gestión

La orientación central del Plan era intervenir en atención especializada de consulta médica, cirugía ambulatoria, procedimientos de diagnóstico y tratamiento, y servicios de diagnóstico de rayos x y endoscopia. Y su misión era reducir la brecha de acceso a esas prestaciones entre 5 y 10% por año.

Se logró demostrar que es posible acelerar procesos de atención especializada para atender a la gente en atención diagnóstica y cirugía sin interrumpir la atención, concentrándola en uno o dos días. Se redujo el tiempo preoperatorio y la atención quirúrgica logrando realizar exámenes auxiliares en 24 horas y las operaciones en 48 horas.

A diferencia de la metodología de campañas médicas que son intervenciones focalizadas de máximo 3 días, la intervención de MÁS SALUD era un propuesta organizada y planificada de atención médica de especialistas con estancias de 15 días, con trabajo previo de organización de la demanda de consulta y cirugía ordenando las listas de espera que en la práctica son invisibles, incrementando la capacidad resolutive de los establecimientos que recibían a los especialistas.

c. Logros de la gestión

i. Situación inicial y retos

- En el Perú existe una brecha de 7,000 médicos especialistas. A pesar de los esfuerzos por aumentar su

formación, la demanda por atención especializada es cada vez mayor en los últimos años.

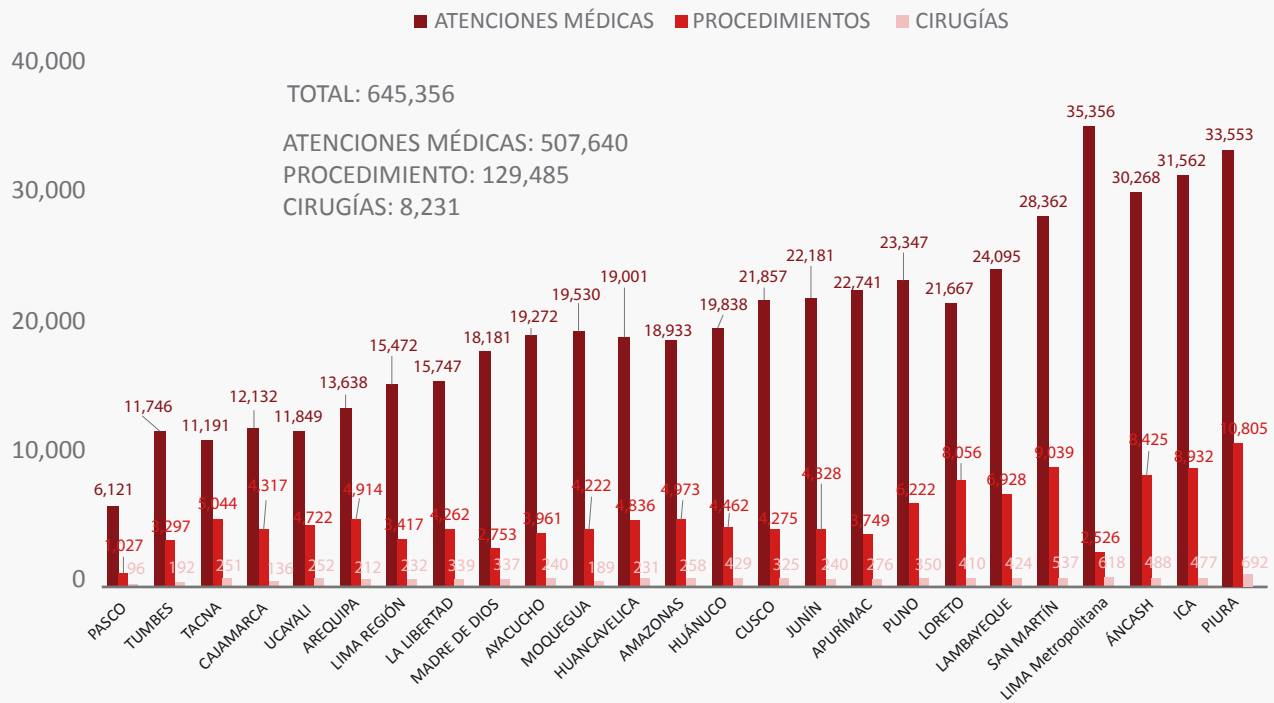
- Se identificaron pacientes hospitalizados un mes para una cirugía; como por ejemplo, los casos de cadera. Los procesos de atención eran engorrosos. Luego de la consulta, los análisis, lectura de datos, entre otros procedimientos se realizaban en días distintos lo que generaba que las atenciones se extendieran hasta 3 meses, lo que generaba la pérdida de validez de análisis y los pacientes/usuarios debían pasar nuevamente por el proceso, reproduciendo un ciclo de desatención.
- La hora médico especialista, clínica y quirúrgica, era muy limitada. Se halló que el equipamiento de laboratorio y para cirugía era muy limitado. Así como que los establecimientos no tenían las condiciones necesarias para la atención.
- El desafío de la gestión era superar la estrategia de campañas médicas de atención puntual de un día o dos, para llevar un equipo de profesionales durante 15 días, con equipamiento para la atención y las operaciones, además de medicamentos. El reto para los hospitales que recibían a los profesionales que formaban parte del Plan era enorme, debido a que el programa les ponía presión y les generaba estrés, lo que producía resistencias iniciales a la intervención; además del conflicto con intereses comerciales. Asimismo, la demanda de insumos del hospital se incrementaba con la presencia de MÁS SALUD

lo que significaba un reto para la gestión hospitalaria.

ii. Logros

- Se logró reducir 7% la brecha de atenciones especializadas y cirugía hasta el 2016.
- Al 2015 se realizaron 652,807 atenciones médico quirúrgicas especializadas; 516,415 consultas ambulatorias; 130,138 procedimientos de diagnóstico y tratamiento y; 6,215 cirugías. Al primer trimestre 2016 se realizaron 169,167,807 atenciones médico quirúrgicas especializadas; 132,134 consultas ambulatorias; 35,296 procedimientos de diagnóstico y tratamiento y 1,737 cirugías.
- Al final de la experiencia el incremento del volumen de atenciones que llegó a superar el millón, entre cirugías y procedimientos.
- Se logró demostrar que es posible hacer más eficiente la dotación de especialistas con los que se cuenta si se les organiza y rota. Por ejemplo, se realizaron 4,000 operaciones de vesícula por laparoscopia, incluyendo todos los costos. Una de estas operaciones tenía un costo de 834 soles versus 1,200 soles que se pagaba en los hospitales con financiamiento SIS, y era más barato que el sector privado. Se extirparon tumores ováricos o ginecológicos de 9, 10 y hasta 13 kilos.

Gráfico N° 27:
Atenciones médico - quirúrgicas especializadas en regiones realizadas del plan más salud 2015 - 2016



Fuente: Oficina de Cooperación y Asistencia Técnica 2016 - IGSS.

- Se demostró que es posible atender en forma continua y en un día la consulta médica, toma de muestras, realizar el análisis de resultados, hacer el diagnóstico y definir la

atención del caso; incrementando así la capacidad de respuesta. En cirugía, se logró realizar el procedimiento preoperatorio en un día, y la cirugía al día siguiente.

Cuadro N° 18:
Situación ante la implementación del Plan MÁS SALUD

Antes	Después
Atención especializada en hospitales regionales con 5 a 6 especialidades.	Atención especializada en hospitales regionales con 20 especialidades médicas.
Evaluación pre-quirúrgica entre 10 a 15 días.	Evaluación pre-quirúrgica en 24 horas.
Evaluación cardiológica (clínica electrocardiograma, ecocardiograma en 21 a 30 días).	Evaluación cardiológica (clínica electrocardiograma, ecocardiograma en 1 día).
Cirugía de vesícula por laparoscopia entre 0 a 6 por semana.	Cirugía de vesícula por laparoscopia entre 25 a 30 por semana.
Atenciones especializadas por semana de 1,500	Atenciones especializadas por semana de 5,500

Fuente: Memoria de gestión Plan Más Salud, página 66.

- Se demostró que no es necesario dotar a todos los establecimientos de equipamiento, sino que se pueden llevar según la programación de atenciones. El expediente que desarrolló esta buena práctica permitió que la experiencia sea ganadora del premio de Buenas Prácticas Gubernamentales de Ciudadanos al Día el 2016.
- La combinación de equipos de médicos y equipo de profesionales permitió entrenar a personal de hospitales que los recibían; por ejemplo, en el manejo de Unidades de Cuidados Intensivos. En algunos casos los médicos de MÁS SALUD tenían largas estancias en hospitales para realizar seguimiento y apoyo en las atenciones muchas veces acumuladas.

d. Limitaciones

- No se logró implementar la estrategia en todos los hospitales; sobre todo en aquellos que se encuentran fuera de las capitales regionales y/o en zonas sin acceso donde hay gran cantidad de personas sin atención de consulta, ni cirugía especializada.
- Insuficiente financiamiento para la expansión de la intervención.

e. Factores de éxito

- La constante coordinación con las autoridades regionales, y el respaldo del Ministerio de Salud.
- El acuerdo de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS) con los gobernadores regionales permitió que el programa se implemente.

f. Factores limitantes

- Se identificó resistencia por parte del personal médico de los hospitales de destino, debido al ritmo que imponía el programa y por la intervención de nuevos profesionales.

g. Replanteamientos de gestión futura

- A partir de la experiencia obtenida, se consideraría perfilar mejor la estrategia para tener equipos en paralelo y que estos lleguen a zonas de difícil acceso.
- Asimismo, se plantearía introducir especialistas en cirugía pediátrica; entre otras especialidades.
- Se trabajaría para que el programa sea una experiencia permanente.

Dificultades que enfrentaron los gerentes públicos

La acción de los gerentes públicos de salud ha estado marcada por un conjunto de dificultades, propias de la precariedad del aparato público como de las complejas características de un sector vasto y complejo. La función de dirigir las organizaciones para producir resultados es resistida, obstruida y combatida expresamente por grupos de interés. El dicho popular de “para hacer tortillas hay que romper huevos” aplica muy bien a la experiencia de los gerentes públicos de salud. Todos ellos, desde sus espacios de conducción o de prestación de servicios, no han tenido sosiego ni reconocimientos fáciles.

La revisión de estas experiencias nos muestra básicamente tres problemas que tuvieron que enfrentar:

1. Resistencias y boicot a los esfuerzos de modernización. Los cambios impulsados por los gerentes para adecuar sus organizaciones y las formas de trabajo para mejorar la atención a los ciudadanos, para poner orden y hacer que cada cual haga su trabajo y respete sus horarios, han sido duramente combatidos. El frente de la resistencia está compuesto en ocasiones por sindicatos, organizaciones de la comunidad, cuerpos profesionales, trabajadores en general, congresistas y consejeros regionales. Particularmente, los gerentes señalan los paros y las huelgas como una de las dificultades mayores que han tenido que enfrentar. El solo esfuerzo por darle un nuevo ritmo a los programas, proyectos y servicios puso en pie de lucha a grupos militantes de oposición.

2. Corrupción extendida. La red de corrupción que se expresa, muchas veces, en compras sobrevaloradas, direccionamiento de éstas, pagos sin contratos, mal uso de los recursos físicos e insumos de la entidad, entre otros, implicaba destinar esfuerzos importantes para combatirla y distraía a los gerentes de su empeño por organizar y dirigir a sus organizaciones.

3. Presión política de congresistas y consejeros regionales. Este es un rasgo frecuente que se caracteriza por pedido de favorecimiento en contratación de personal y en compras. Asimismo, los gerentes han recibido presión sobre la gestión de la marcha interna de sus organizaciones, a favor de los sindicatos o diferentes grupos que buscan en los congresistas y consejeros aliados para resistir los cambios que se han impulsado. Esta presión genera estrés en los directivos, ocupa tiempo importante de su agenda y le implica una gestión importante ante las autoridades políticas de sus instituciones para protegerse y seguir avanzando. Muchas veces las presiones, en otras experiencias, terminan con la remoción de los directivos.

CAPÍTULO 4

**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES A
MANERA DE LECCIONES APRENDIDAS Y
CLAVES PARA EXPANDIR Y MEJORAR EL
DESEMPEÑO DEL CUERPO DE GERENTES
PÚBLICOS DE SALUD**

La contribución del Cuerpo de Gerentes Públicos en entidades nacionales y regionales vinculadas a la atención de la salud ha sido mostrada a la luz de 7 experiencias de directivos que han generado innovaciones, puesto orden, dado dirección y han luchado contra la corrupción para lograr resultados. Ellos son sólo una muestra de un contingente de gerentes públicos que busca demostrar que es posible mejorar el desempeño del sistema público y producir más salud. Ciertamente, no sólo los directivos que forman parte del Cuerpo de Gerentes Públicos son destacados, también los hay en diferentes segmentos y niveles del sistema de salud. Precisamente esta sección busca poner en blanco y negro algunas lecciones aprendidas y algunas claves para fortalecer el Cuerpo, extenderlo y mejorar su desempeño, ampliándolo con la captación de esos talentos que van generando una corriente subterránea e invisible de mejoras en el sistema de salud que la “formalidad” no reconoce. Asimismo, este capítulo propone unas líneas para una agenda futura del cuerpo directivo profesional en salud.

1. Lecciones aprendidas del ejercicio de la dirección pública profesional en salud

a. El efecto protector de la sombrilla del político. Es claro, según la experiencia de los directivos, y las declaraciones de las propias autoridades, que el “factor de éxito” preponderante para una gestión directiva es el respaldo de los políticos y una dosis importante de claridad en el mandato del principal respecto a lo que se espera del desempeño. Es lo que podríamos definir como el “factor confianza”, que tiene la virtud de funcionar bidireccionalmente. Este elemento otorga seguridad al accionar del directivo. Por varias razones. En primer lugar, porque otorga una conciencia sobre el blindaje ante los embates de la resistencia en las organizaciones, y fuera de éstas. Las presiones para mantener el status quo son enormes, variadas y persistentes. Vienen de la política, de los sindicatos, de las comunidades del sistema de salud y de los proveedores de servicios e insumos.

Uno de nuestros gestores lo dijo con contundencia, ante la pregunta sobre su principal factor de éxito: “la confianza de mi superior”. Otros han señalado que poseer un encargo claro y mantener cercanía con sus políticos les ha permitido asentar su autoridad, el reconocimiento a su conocimiento y capacidad. Y otros han afirmado que su sobrevivencia se debe a la determinación de su agente principal, la misma

que peligra cuando se pone orden y se pone el empeño en hacer que los colaboradores hagan lo que tienen que hacer.

b. Los elementos distintivos del perfil de los gerentes públicos de salud. De la lista de 7 competencias genéricas de los directivos públicos hay 3 que se resaltan como las distintivas para enfrentar los embates de la oposición a los cambios, lo que marcaría un énfasis en la prioridad del perfil directivo. Resalta, en primer lugar, la importancia del empeño y compromiso con los objetivos lo que se condice con la competencia de “orientación a resultados”, y la “vocación de servicio” que se expresa en buscar la satisfacción de los usuarios, lo que los ha llevado a poner orden, hacer cumplir las funciones y los horarios y centrar las innovaciones de cara a las personas. En segundo lugar, resalta la firmeza y el temple que pueden estar vinculados al “liderazgo”, pero que pueden también constituir una cualidad más allá de la competencia de dirigir, y que se vincula con el carácter, la persistencia y el coraje.

c. La validez de los ámbitos de acción. Los directivos públicos de salud se mueven en todas las líneas de los ámbitos de acción. En primer término, en la “gestión del entorno político” sobre todo si asumen empresas específicas de transformación, innovación o buscan ordenar la organización para que, “simplemente”, cumpla su cometido. A más iniciativa propia o a más iniciativa de sus políticos más movimiento en este ámbito. Tienen dedicación importante a la deliberación pública y la comunicación estratégica. Es menester observar con mayor detenimiento, ciertamente, pero pareciera que la negociación pública - elemento de la gestión del entorno político- no es el más usado porque en muchos casos su atención no se centra en obtener consensos, sino en imponer el orden y restaurar el principio de autoridad. En prácticamente todos los casos que hemos conocido para este trabajo la corrupción es el telón de fondo. Y en, un caso en particular, lo que se ha vivido es una guerra sin cuartel. Allí no ha habido negociación, sino la imposición de la “ética en la función pública”.

El siguiente ámbito de acción es la “gestión operativa”, que es donde, al parecer, los directivos públicos con más eficiencia pasan la mayor parte del tiempo. Si quieres que la organización camine, tienes que controlar, tienes que estar en los procesos operativos o hacer que tu segunda línea esté sobre ellos, tienes que ver el manejo del dinero –no de

la “chequera”- y estar encima de la planificación operativa – no del POI, necesariamente.

El ámbito de la “gestión estratégica” se centra en la gestión de los recursos humanos, el seguimiento y monitoreo, y el diseño de las innovaciones.

d. La especialización en el sistema de salud. Todos los directivos de salud forman parte del sistema de salud. Conocen el sector y sus materias específicas. Ellos reconocen que se mueven con rapidez y asertividad por su conocimiento en su área de desempeño. Ese conocimiento le ha llevado años y es un elemento de prestigio, respeto de los subordinados y de sus agentes principales.

e. La formación e inducción para el inicio de su función directiva como gerentes públicos. Los gerentes públicos valoran enormemente el momento de inducción y la dedicación a su formación en una primera fase, a cargo de SERVIR.

f. La conformación de equipos de directivos. Un gerente público de salud solo, suelto en un entramado resistente y agresivo, no tiene condiciones adecuadas de salir airoso de sus empeños. Los directivos consultados hacen un hincapié importante en la conformación de su equipo de gestión. Ellos pugnan por agregarse con otros gerentes públicos “idealmente”.

2. Claves para expandir la dirección pública profesional en salud

La relación persuasiva y sintonizada con los intereses de los políticos. Este elemento es estratégico para la continuidad y expansión de la dirección pública especializada en el sector salud. Las lecciones que nos han mostrado otros trabajos que han analizado la colocación de directivos públicos del cuerpo de gerentes de SERVIR muestran que los políticos no están persuadidos a dejar sus prerrogativas. En tal sentido, es necesario buscar una fórmula que combine mejor confianza con mérito.

En efecto, resulta imperativo buscar una conexión entre el mérito y la confianza política, entendiendo su dinámica y reconociendo su legitimidad. No debemos oponer mérito con confianza, ni asumir que la confianza será arbitraria por los

siglos de los siglos. De manera particular, reconozcamos que los gobernadores regionales son autoridades electas, tiene prerrogativas constitucionales y de rango de ley orgánica y se mueven bajo un marco legal –de manera similar a los ministros de Estado- que le da acceso a la utilización de puestos directivos definidos como confianza y de libre remoción. Es necesario, por lo tanto, establecer un puente entre mérito y confianza, que sea un arreglo legal claro y exigible.

En tal sentido, es necesario estructurar una puerta de entrada a la dirección efectiva del aparato público subnacional. Hoy, cada autoridad política regional, por su cuenta y riesgo, define cómo compone su alta gerencia, cómo la renueva, cómo la cesa y cómo la premia, en el mejor de los casos. Ellos quieren efectividad y resultados, pero no saben cómo lograrlo. El sistema de provisión de directivos no le otorga un mecanismo, reglas y procedimiento para ejercer sus prerrogativas de autoridad en base a arreglos legales e institucionales para designar a sus cuadros directivos, que son los que en definitiva mueven el aparato público.

Es necesario crear un cuerpo de directivos de salud, dentro del Cuerpo Directivo de SERVIR, que funcione como tal, para enrolarlo de manera masiva en las áreas que manejan los 4 roles del sistema de salud, como se ha desarrollado en el marco conceptual.

a. Definir una política selectiva de incorporación de gerentes públicos al cuerpo de gerentes. La política debiera consistir en buscar que la *crème de la crème* que aún no forma parte del sistema directivo de SERVIR, en todos los niveles, sea reclutada. En tal sentido es necesario realizar una disrupción o digresión en la estrategia actual. Sería ingenuo pensar que sólo en el Cuerpo de Gerentes Públicos está la materia directiva que mejorará el sistema. Tenemos que alimentarlo y captar a los mejores, vía convocatoria ad hoc, bajo los estándares del sistema de selección –nada menos- para tener un cuerpo robusto.

b. Mirar la arquitectura del sistema de salud y su desempeño global y de sus funciones definitorias. Es indispensable ver el sistema de salud en su conjunto y las necesidades de directivos, sus funciones específicas y los resultados que deben generar. Ciertamente, esta es una “reforma” de la función directiva de salud que la autoridad sanitaria nacional y SERVIR deben acometer

conjuntamente.

c. Gestión de las transiciones gubernamentales. Mirar la renovación de las autoridades como una oportunidad y tiempo de responsabilidad indelegables para precisar los resultados que se requieren de la gestión subnacional, el rol de los directivos, su preparación y el papel de los gerentes públicos en esas transiciones – no transferencias volátiles- para darle continuidad a las políticas y ser evaluados para su renovación o remoción.

3. Claves para mejorar el desempeño de la dirección pública profesional en salud

a. El cuerpo de gerentes. Los directivos consultados manifiestan expresamente la necesidad de que la comunidad de gerentes públicos se comporte como CUERPO, que funcione como cuerpo. En ese sentido, romper el aislamiento afectivo en el que se encuentra el gerente público.

b. Fortalecer el seguimiento a los gerentes públicos en salud, el que no se habría intensificado en los últimos años.

c. Difundir las experiencias de SERVIR y generar espacios de diálogo de políticas y de soluciones prácticas de la implementación.

d. Profundizar en la especialización de los gerentes públicos en el sistema de salud, de cara a las mejores formas de obtener los resultados esperados en todas las funciones de

los sistemas modernos de salud.

e. Claridad sectorial de la Autoridad Sanitaria Nacional. Es imperativo que la autoridad promueva la conformación del cuerpo directivo, y tenga claridad sobre las reformas que se deban emprender, y alinee el financiamiento alrededor de esas transformaciones.

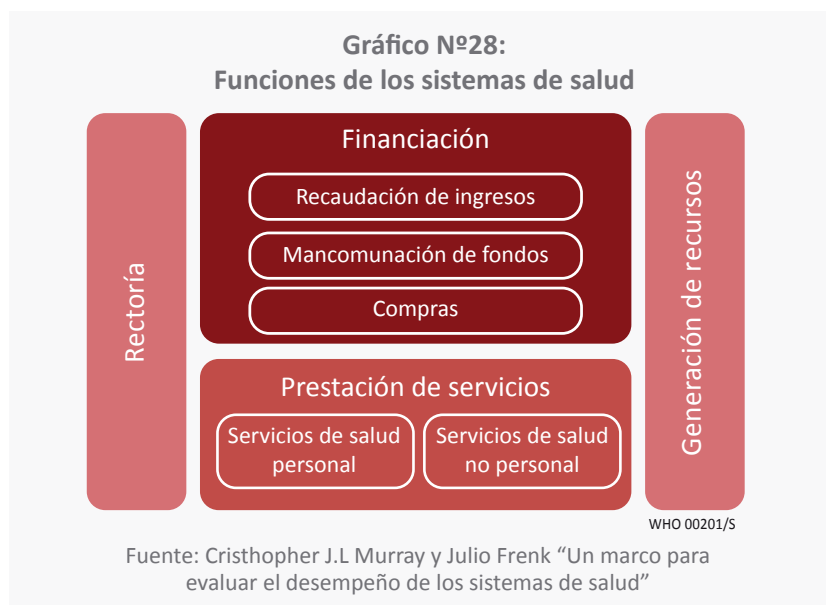
4. Agenda para la expansión de la Dirección Pública Profesional de Salud – DPP Salud

Las preguntas centrales para una agenda son ¿dónde se requiere gerencia pública profesional de salud?, ¿Para qué resultados?, ¿Cuántos directivos necesitamos? Y ¿En qué horizonte de tiempo? Las preguntas están correlacionadas con una idea sectorial e intergubernamental de reforma o visión de un conjunto de propósitos para el sistema de salud, de cambios, transformaciones o mejoras.

El pie forzado, por lo tanto, es una visión clara y políticas expresas que se quieran implementar en los siguientes años. Sin duda, conformar un cuerpo directivo profesional de salud⁸, como parte de la expansión de la DDP, es una decisión estratégica de la política nacional e intergubernamental de salud, alineada a esos propósitos sectoriales.

Una forma de ubicarse para saber dónde y para qué se necesita DPP de Salud es el mapa de funciones del sistema de salud que vimos en nuestro modelo conceptual de gerencia pública especializada.

⁸ El Congresista César Villanueva ha presentado un proyecto ley sobre el particular para conformar un cuerpo directivo de salud y educación para los gobiernos regionales que combina adecuadamente las prerrogativas de los gobernadores con las atribuciones de los sectores sobre definición de políticas.



La primera impresión es que necesitamos directivos profesionales de salud en todas las líneas. En cada una de ellas se tiene que definir objetivos y resultados que jueguen con la visión de transformación que se busque para el sistema, y conducir a las organizaciones vinculadas a su obtención. Particularmente, en un primer período de una década se debería privilegiar las esferas de la rectoría, la financiación y la prestación de servicios.

En términos generales, se requiere conducción especializada en la esfera de RECTORÍA para los siguientes propósitos: lograr la cobertura y acceso universal de salud, ampliar la cobertura prestacional, y lograr un nivel aceptable de suficiencia de financiamiento para los resultados buscados, y para regular y controlar los mercados de la salud y otros que impactan sobre la misma. Esto requiere gerencia especializada para las definiciones de política específicas, para negociarlas y asegurar su implementación con una carga transaccional muy fuerte que requiere de perfiles de competencias específicos. Asimismo, se requieren altas capacidades de estimación, sustentación y negociación del financiamiento, en un área muy árida de la gestión rectora sectorial en la que suelen morir las buenas intenciones, las malas y buenas propuestas. La gestión del financiamiento para la salud es crucial.

Respecto al manejo de la financiación se requiere buscar la efectiva modulación del financiamiento y fortalecer al asegurador público con capacidad técnica y directiva. Asimismo, separar las funciones de financiamiento (IAFAS⁹) de las de prestación de servicios (IPRESS¹⁰) a nivel de ESSALUD y del MINSA en la capital de La República para hacer viable el control de la prestación y buscar su eficiencia, así como la eficiencia de las funciones de las aseguradoras. Estas labores requieren capacidad de gestión del entorno político, manejo estratégico y operativo que hoy el sistema necesita con urgencia.

A nivel de la prestación existen desafíos enormes para lograr una mayor eficiencia y eficacia con los recursos disponibles y estar en mejores condiciones de absorber el mayor financiamiento que debe gestionar el ente rector y el nivel político de los gobiernos regionales. Particularmente, se requiere directivos públicos profesionales para la conformación y gestión de redes integradas de servicios (en lo público-público) que deben articular el primer y segundo nivel de atención, adecuar la oferta fija de servicios y transformar el aparato prestador para la Atención Primaria de Salud con salud comunitaria y familiar. Y a nivel de directivos de entidades prestadoras propiamente, hospitales fundamentalmente, para hacer rendir mejor la oferta, poner orden, combatir la corrupción, mejorar el manejo de los

⁹ Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento.

¹⁰ Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.

recursos con innovación de los procesos y autoridad.

Asimismo, en la prestación, se requiere una gerencia que desarrolle una gestión de la oferta especializada para potenciar los recursos más escasos (los profesionales especialistas), pero que están disponibles en el sistema, como se ha hecho en el pasado reciente con el PLAN MÁS SALUD que ha sido reseñado con la experiencia del Dr. Cruz. Si se logra tener una política de conjunto, y se ven como piezas de ese conjunto, el manejo circulante de la oferta especializada y la atención primaria de la salud en las redes de servicios abajo, podremos reorientar los importantes recursos que el Estado está invirtiendo en infraestructura y equipamiento de establecimiento de salud para darle racionalidad a la inversión

y al aparato público prestador. Gerentes en esta línea es un imperativo, y son los más numerosos por lo que debemos tener una idea clara del proceso a seguir para ir cubriéndolos progresivamente.

Un primer cálculo de número de directivos profesionales para las tres esferas de prioridad, según la matriz de abajo nos permite ver la magnitud de la tarea de conformar un cuerpo directivo profesional, que forma parte del Cuerpo de Gerentes Públicos de SERVIR para tener una entidad especializada que lo conforme, nutra y evalúe con el concurso de la Autoridad Sanitaria Nacional y los Gobernadores Regionales que tienen bajo su responsabilidad a más de dos tercios de los directivos públicos de salud.

Tabla N° 1:
Necesidad de directivos públicos profesionales de salud

Directivos públicos profesionales de salud	Nº por entidad	Nº de entidades	Nº de directivos públicos de salud
Directivos para ente rector nacional	30	1	30
Directivos de supervisora nacional	10	1	10
Directivos para la rectoría			40
Directivos de aseguradoras públicas	20	2	40
Directivos para la financiación			40
Direcciones de Salud de Lima			
Director	1	4	4
Directores ejecutivos	10	4	40
Dirección Regional de Salud			
Director Regional de Salud	1	25	25
Directivos ejecutivos	10	25	250
Directivos de conducción estratégica de la política y prestación subnacional			319
Director de Red Integrada de Salud	1	158	158
Directivos ejecutivos por Red Integrada	4	158	632
Directivos de hospitales Lima y regiones	5	350	1750
Directivos de gerencia de prestación de servicios			2540
Total			2859

Fuente: Elaboración propia

En el caso del nivel subnacional, específicamente de los gobiernos regionales, hacemos una variante porque existen funciones de conducción del sistema de salud a nivel departamental, además de las funciones de prestación. Si bien se observa que el mayor contingente está en la prestación, es necesario anotar que para que las cosas sucedan abajo, son necesarias políticas nacionales, incentivos, sanciones, seguimiento técnico y supervisión, en una sola palabra rectoría. En tal sentido, la identificación de un contingente para las funciones rectoras y de financiamiento es, también, de gran relevancia. Pensar que sólo los

subnacionales, o sólo los prestadores requieren mejoras de capacidades directivas es comportarse como el peor ciego.

Necesitamos en serio, un ciclo de por los menos 10 años, de constancia de propósito y férrea determinación política para acometer este camino. Si no tomamos la determinación y le ponemos valor perderemos una década y millones de años de vida saludable de los peruanos. De modo que oscilamos entre el perdón que nadie nos dará y la satisfacción de hacer lo que debemos hacer.

BIBLIOGRAFÍA

Autoridad Nacional del Servicio Civil – SERVIR (2016). *Modelo de Gestión del Grupo de Directivos Públicos del Servicio Civil Peruano*. Lima.

Autoridad Nacional del Servicio Civil – SERVIR. (2018). *De gerentes públicos a directivos públicos en la reforma del servicio civil peruano. Profesionalizando el Servicio Civil. Reflexiones y propuestas desde el Perú y América Latina*. Lima.

Carta Iberoamericana de la Función Pública. (2003). *V Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado*. Santa Cruz de la Sierra: Bolivia.

Cilloniz, F. (2018). *Del caos en los hospitales... al bienestar de los pacientes. Para Correo Ica y Lampadia*. Recuperado de <https://lampadia.com/analisis/desarrollo/del-caos-en-los-hospitales-al-bienestar-de-los-pacientes>

Consejo Nacional de Educación (2010). *Balance y Propuestas para avanzar en la Descentralización Educativa: Mesa Interinstitucional de Gestión y Descentralización*. Lima.

Contraloría General de la República (2014). *Estudio del proceso de descentralización en el Perú*. Lima.
Granados, A. *La construcción de un cuerpo directivo de salud descentralizado -Profesionalizando el Servicio Civil Reflexiones y propuestas desde el Perú y América Latina*. (2018)

Grindle, M. (2012). *Jobs for the boys: patronage and the state in comparative perspective*. Cambridge: Harvard University Press.

Iacoviello, M., Llano, M. y Strazza, L. (2011). *Profesionalización de la Alta Dirección Pública en América Latina: Algunas Experiencias Comparadas. Sexto Congreso Argentino de Administración Pública*. Resistencia: Argentina.

Jiménez, R., Villoria, M. y Palomar, A. (2009). *La Dirección Pública Profesional: Perspectiva Comparada y Diagnóstico de la Situación en España*. España.

Loreto, L. (2013). *Impacto del Sistema de Alta Dirección Pública (SADP) en La Gestión Hospitalaria*. Chile.

Ministerio de Salud (2012). *Informe de avance de la implementación del acuerdo 3.1 de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS)- XI Reunión Ordinaria*. Lima.

Molina, R (2016). *Análisis comparativo de balances sobre el proceso de descentralización*. Lima

BIBLIOGRAFÍA

Murray, C. y Frenk, J. (2000). *Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud*. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recopilación de artículos N° 3.

OECD (2015). *Multi-dimensional Review of Perú. Volumen 1. Initial Assessment*. OECD Development Pathways. OECD Publishing, Paris.

OPS/OMS (2014). *53rd Directing Council 66th Session of the Regional Committee of Who for The Americas*. Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Informe sobre la salud en el mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*.

Organización Mundial de la Salud (2005). *Qué es un sistema de salud*. Recuperado de <<http://www.who.int/features/qa/28/es/>>.

Organización Mundial de la Salud (2014). *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*. Villoria, M. (2009). *La función directiva profesional*. En R. Jiménez, M. Villoria, A. Palomar. *La Dirección Pública Profesional en España*. Barcelona: Paidós (pp. 65-121).



Autoridad Nacional del Servicio Civil – SERVIR

Pasaje Francisco de Zela 150 Piso 10 - Jesús María
Central Telefónica: (511) 2063370
Correo electrónico: info@servir.gob.pe

www.servir.gob.pe