



Descentralización en Salud

Cuadernos de Debate en Salud

Marzo 2012



Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú

“DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD” CUADERNOS DE DEBATE EN SALUD

Presidente	: Dr. Ciro Maguiña Vargas
Director Ejecutivo	: Dr. Fernando Osoro Plenge
Director Revista Acta Médica Peruana	: Dr. Cesar Soriano Álvarez
Director Científico-Ético	: Dr. Jorge González Mendoza
Director Científico-Ético	: Dr. Carlos Morales Paitán
Secretario	: Dr. Edén Galán Rodas

Esta publicación es posible gracias al apoyo del Colegio Médico del Perú a través del Fondo Editorial Comunicacional.

El contenido de esta publicación sólo compromete a los autores y no refleja necesariamente la opinión del Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, que tampoco es responsable de la utilización que se le pueda dar a la presente publicación.

Esta publicación no podrá ser reproducida en su totalidad ni parcialmente sin autorización previa del Fondo Editorial Comunicacional del Colegio.

Editor: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú.
Malecón de la Reserva Nro. 791, Miraflores, Lima, Perú. Teléfono: 01-2131400

Primera Edición Marzo 2012
Todos los derechos reservados.

Corrección Editorial: Periodista Beatriz Gonzáles La Rosa

Diseño, diagramación e impresión: RUC. 10080441393
Impresión Logar Graf - logargraf@gmail.com / logargraf@hotmail.com
Jr. Callao N° 475 - Of. 204 - Lima
Telef.: 7951792 Cel.: 951 727 993

ISBN: 978-612-45410-4-9
Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 201203482
Impreso en Lima - Perú, Marzo 2012
Tiraje: 2,000 ejemplares

Contenido

I PARTE Descentralización en Salud: Ocho años después	
<ul style="list-style-type: none">• Descentralización con participación social activa en salud: De la teoría a la práctica• Descentralización de sector salud: Visión Regional• La descentralización de la salud: El sector en su laberinto• Lima Metropolitana: Transferencia postergada• Descentralización del Estado o descentralización del desarrollo	<p>Informe de la Subcomisión de Descentralización del Comité de Salud Pública</p> <p>Dr. Fernando Carranza Quispe</p> <p>Dr. Luis Tejeda Macedo</p> <p>Dr. Andrés Polo Cornejo</p> <p>Dr. Pedro Marchena Reátegui</p>
II PARTE Perspectivas de la descentralización en salud	
<ul style="list-style-type: none">• El proceso de descentralización de la salud: Ensayo de un médico para médicos y no médicos• Descentralización en salud: Situación y perspectivas	<p>Dr. Wilfredo Solís Tupes</p> <p>Dr. Oswaldo Lazo Gonzales</p>

Prólogo

Existen múltiples evidencias en la sociedad moderna acerca del rol que cumple la descentralización como política de reforma del estado, se afirma que es instrumento central en la reconstrucción de nuevas relaciones con la sociedad, estableciendo modelos de gobernanza democrática que lo acerquen a la ciudadanía en el cumplimiento de sus fines esenciales, entre ellos, su presencia insoslayable como conductor y ejecutor de una política social que requiere ser fuertemente redistributiva, pero también facilitando el surgimiento de procesos endógenos de desarrollo a nivel regional y local.

Nuestro país ha vivido múltiples intentos fallidos de descentralización, no obstante todo indica que el actual proceso está ingresando en un periodo de consolidación ya que pese a los grandes vaivenes en su implementación va ganando legitimidad social. Las poblaciones del país comienzan a reconocer a sus gobiernos regionales como instancias de representación de sus intereses, aunque este camino dista mucho de ser irreversible ya que la legitimación social que se alcance es cambiante y se encuentra en estrecha relación con la eficacia en resolver los problemas que la ciudadanía vive cotidianamente en sus respectivos ámbitos. Este asunto atañe directamente a los sectores sociales que han sido descentralizados como el sector salud, pero principalmente a los actores

involucrados en el proceso, de allí la exigencia de realizar un análisis de lo sucedido tras cerca de una década del desarrollo de este proceso.

En el sector salud, como bien se conoce, han transcurrido más de 2 años de culminada la transferencia de competencias, funciones y recursos del gobierno nacional a los gobiernos regionales, por consiguiente, deberíamos esperar que un adecuado ejercicio de las mismas se reflejase en un mejor desempeño de las Direcciones Regionales de Salud y se plasme en la construcción de nuevas y mejores relaciones entre los servicios de salud y las poblaciones a las cuales atienden y que esto redunde en más y mejor salud para la gente. Esto no necesariamente es así, por el contrario se constata aun gran incertidumbre y se ciernen muchas dudas sobre el cumplimiento de los objetivos inicialmente propuestos, se sabe que estos procesos de descentralización son largos y sinuosos y es importante seguir apostando por su validez, a cambio de mantener una estrecha vigilancia de su desenvolvimiento a fin de tomar los correctivos pertinentes, oportunamente.

El Colegio Médico del Perú, conciente de su rol de incidencia en política de salud y preocupado por la implementación de esta política de trascendencia nacional, constituyó el Subcomité de Descentralización en

Salud dentro del Comité de Salud Pública y convocó la participación de un conjunto de médicos conocedores del tema a fin de promover un debate que ayude al esclarecimiento de los miembros de la Orden sobre este complejo asunto, nuestro agradecimiento por sus esfuerzos. Igualmente, se vio conveniente dedicar el cuarto número de Cuadernos de Debate en Salud, último de nuestra gestión como decano, a presentar las aristas más saltantes del asunto, para ello se invitó a un grupo de colegas, algunos de ellos miembros del Subcomité, a expresar su personal postura sobre el tema, de manera que en conjunto permitiesen una visión más o menos integral del proceso.

En primer término, el informe del Subcomité de Descentralización en Salud expone la situación actual del “estado descentralizado” levantándose un conjunto de cuestionamientos, para luego centrarse en el análisis de la participación ciudadana en el marco de la descentralización detallando la situación de los Consejos de Salud, finalmente propone un conjunto de acciones a ser realizadas por el Colegio a fin de mantener una activa participación en el proceso. Seguidamente, los doctores Fernando Carranza, actual Decano del Consejo Regional IX-Ica y Luis Tejeda, miembro del Comité de Salud Pública del Consejo Regional V-Arequipa, en sendas exposiciones presentan la mirada

regional del proceso, ambos advierten que los procesos de descentralización en espacios carentes de institucionalidad pueden dar lugar a serias distorsiones, como el clientelismo, manejo partidista, la corrupción, etc. Los aspectos particulares de la descentralización en Lima Metropolitana son abordados por el Dr. Andrés Polo, miembro del Subcomité de Descentralización en Salud, evidenciando cómo se posicionan frente a esta “arena política” diversos actores de la descentralización: autoridades, actores políticos, gremios, entre otros; a su vez, el Dr. Pedro Marchena, coordinador de la mencionada Subcomisión, aborda de manera bastante sugerente las relaciones entre descentralización y desarrollo y afirma que si no se descentraliza el desarrollo nacional, habremos acabado como una experiencia meramente burocrática, como otras tantas. Finalmente, los doctores Wilfredo Solís y Oswaldo Lazo, intentan, desde diferentes perspectivas, hacer un balance del proceso con pretensiones de integralidad.

El Decanato del CMP agradece a los colegas autores de esta publicación por el esfuerzo desplegado, que a no dudarlo será de gran interés y utilidad para los miembros de la Orden y demás trabajadores de salud interesados en conocer los avatares de la descentralización en salud, así como para la opinión pública en general.

Dr. Ciro Maguiña Vargas
Decano Nacional
Colegio Médico del Perú

Dr. Oswaldo Lazo Gonzales
Asesor de Políticas de Salud
Colegio Médico del Perú

Descentralización con participación social activa en salud: De la teoría a la práctica¹

Dra. María del Rosario Jiménez Alva

Presentación

En enero de 2010 el Comité Permanente de Salud Pública del Colegio Médico del Perú fue reestructurado creándose doce subcomités a fin de abordar de manera especializada los asuntos de mayor relevancia en la salud pública peruana. Uno de ellos es el Subcomité de Descentralización en Salud, cuyos miembros reciben el encargo de estudiar el proceso de descentralización nacional y su incidencia sobre el desarrollo sanitario.

Este Subcomité reunió un selecto grupo de médicos expertos en el tema, algunos de ellos son o han sido funcionarios públicos responsables de generar propuestas en este campo. Participaron en el Comité los doctores Walter Borja

Rojas, Ricardo Díaz Romero, Andrés Polo Cornejo, Wilfredo Solís Tupes, Dayana Urday Fernández y George Verástegui Ugas, bajo la Coordinación del Dr. Pedro Marchena Reátegui. El documento que a continuación se presenta constituye un aporte al análisis del proceso de descentralización y sintetiza parte importante de la producción y debate sostenido por el Subcomité.

El Colegio Médico, particularmente el Decanato y la Presidencia del Comité de Salud Pública, reconocen el esfuerzo desplegado por los miembros del Subcomité de Descentralización en Salud y agradecen su contribución al esclarecimiento de esta trascendental política nacional.

I. DESCENTRALIZACIÓN

Centralización

- Modelo de desarrollo económico centralizado en Lima donde se concentra el capital, los medios de producción, los insumos provienen del resto del país.
- Lima es el lugar que más valor agregado le asigna a los productos: bienes y servicios.
- Históricamente se ha consolidado un patrón marcadamente inequitativo en la distribución de la riqueza en el país.

Centralización y globalización

- Se ha desarrollado el patrón insustentable de urbanización, industrialización, consumo de energía y generación de residuos de los países más desarrollados, lo que ha generado influencia nefasta sobre el ambiente en general, incluyendo el clima, con el calentamiento global progresivo.
- Los resultados son perjuicios en la producción de alimentos, deserti-

ficación, polución del aire, suelo, ríos, aguas interiores y océanos, la pérdida de bosques y selvas y el perjuicio irrecuperable en la biodiversidad.

- La estructuración de nuestros procesos económicos y la influencia globalizadora de la economía mundial estaría determinando el proceso de desarrollo integral del país, pues la economía ejerce una fuerte influencia e impacto en la situación política, cultural, social y por lo tanto sanitaria del país.

Proceso de descentralización

- El proceso de descentralización peruana forma parte del proceso de reestructuración del Estado², que ha enfatizado una descentralización administrativa de redistribución de la toma de decisiones por niveles de gobierno: nacional, regional y local, sobre funciones exclusivas y compartidas, un tanto reconociendo jurisdicciones, sobre la cual se es capaz de desarrollar funciones exclusivas y compartidas.
- Este proceso de descentralización no aborda el problema central del país,

¹ La Subcomisión de Descentralización en Salud, integra el Comité Permanente de Salud Pública del Colegio Médico del Perú y está conformada por los siguientes miembros de la Orden Dres: Pedro Marchena Reátegui, quien lo coordina, Walter Borja Rojas, Ricardo Díaz Romero, Andrés Polo Cornejo, Wilfredo Solís Tupes, Dayana Urday Fernández, George Verástegui Ugas

² Ley N° 27658 o Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado, Artículo 4°.

Descentralización en Salud

cual es la redistribución de los recursos públicos para asegurar equidad, y de la generación de incentivos en los sectores privados nacionales e internacionales para realizar una descentralización económica y financiera.

- La descentralización en nuestro país consideró las siguientes dimensiones: Administrativa, Económica, Productiva, Financiera, Tributaria y Fiscal.
- La propuesta gubernamental de la eficiencia estatal produciendo bienes y servicios públicos para atender las necesidades y demandas de la ciudadanía.

II. DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

Salud como competencia compartida

- Ningún nivel de gobierno puede desarrollar eficazmente sus funciones aisladamente sin la participación de los otros.
- Competencia compartida por los tres niveles de gobierno:
 - ✓ los cuales mantienen relaciones de coordinación, cooperación y apoyo mutuo.
 - ✓ articulando el interés nacional con los de las regiones y de las localidades.
- Avanza el diálogo y concertación entre MINSA y gobiernos regionales.
- Se requiere construir una sólida relación intergubernamental de cooperación y complementación

Agenda reconocida por el gobierno nacional y el gobierno regional en materia de descentralización (Hoja de ruta 2009-2013)

1. Fortalecimiento de la rectoría de la Autoridad Sanitaria Nacional y la articulación intergubernamental en salud.
2. Fortalecimiento de la Autoridad Sanitaria Regional y la articulación interregional en salud.
3. Descentralización local de la Salud.
4. Monitoreo de la descentralización y fortalecimiento de capacidades nacionales, regionales y locales (Figura N°1).
5. Recursos humanos.
6. Financiamiento del sector público de salud.
7. Participación ciudadana.
8. Aseguramiento Universal en Salud.

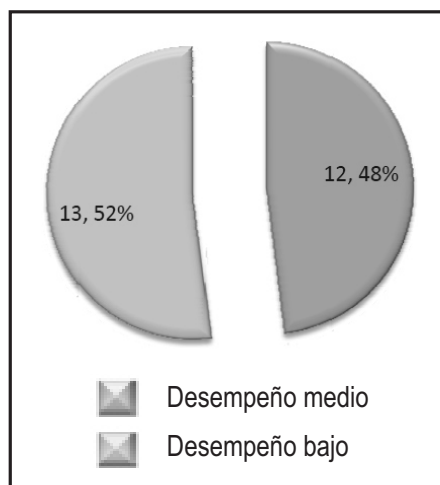


Figura N°1. Desempeño global de los gobiernos regionales 2009-2010

III. EL ESTADO DESCENTRALIZADO EN SALUD

- **Configuración del nivel nacional**

Está pendiente en el país la estructuración de un sistema nacional de salud descentralizado en un Estado descentralizado, unitario, equitativo y participativo, por cierto como elemento de relevancia de una Reforma del Estado.

Inclusive aun no se concluye con la determinación de sus funciones por parte del Gobierno Nacional (principalmente del Ministerio de Salud –MINSAL- y de las sanidades policial y militar), con lo que el MINSAL tiende a seguir realizando actividades que le corresponden a los Gobiernos Regionales no asumiendo plenamente las funciones que le corresponderían ahora en el marco de un Estado descentralizado. De otro lado, el Ministerio de Trabajo, al cual está adscrito EsSalud, recientemente definió sus funciones nacionales, sin una aparente coordinación con el MINSAL.

- **Configuración del nivel regional**

Asimismo, en materia de salud aun no se integran plenamente las diferentes unidades y funciones transferidas por el gobierno nacional a los gobiernos regionales, las estructuras de los gobiernos regionales aún no permiten un desarrollo pleno de la función salud como parte de las tareas del gobierno regional, todavía existe una

innecesaria diferenciación entre la estructura sanitaria regional y su propio aparato de gobierno regional, ambas situaciones no permiten una atención adecuada de las necesidades y demandas de la población.

Esta no es la única razón por lo que esta articulación no se establece, el tema de no contar con los recursos y capacidades suficientes pero al mismo tiempo carecer de una asistencia técnica efectiva por parte del nivel nacional contribuyen a esta situación, cabe señalar que por más intentos que se ha hecho por realizar un proceso de transferencia de funciones y recursos a los gobiernos regionales, éstos no han sido plenos, basta recordar la flexibilización de los procedimientos y requisitos que dispuso la actual gestión gubernamental para llevar a cabo estas transferencias, así como la suscripción de compromisos del gobierno nacional para brindar asistencia técnica a los gobiernos regionales, la cual no se ha efectivizado plenamente, principalmente por no asignar fondos suficientes a estas actividades.

- **Configuración del nivel local**

Las municipalidades del país han desarrollado sus actividades de salud desde antes de la ley bases de la descentralización, como parte de sus acciones de desarrollo social en sus respectivos territorios, La ley de descentralización y básicamente la nueva ley de gobiernos locales le asigna tareas específicas de gestión

de la atención primaria de salud a las municipalidades, adicionales a las que ya tenía asignadas en materia de salud. Se ha establecido que los gobiernos regionales coordinen con los gobiernos locales la gestión de la atención primaria de salud, estos servicios están actualmente bajo la administración de los gobiernos regionales. El gobierno nacional ha elaborado un conjunto de normas que contribuirían a este proceso, pero no se han asignado los recursos necesarios para este proceso, existen 30 pilotos que incluyen municipalidades distritales, provinciales y mancomunidades. Es necesario reconocer que el desarrollo de las municipalidades para atender las necesidades y demandas de sus poblaciones es disímil, lo que establecería también dificultades diferenciadas para asumir la responsabilidad de la gestión de la atención primaria de la salud, que implica no sólo asignar más recursos a éstas sino también desarrollar capacidades para este cometido, respuestas que aún están pendientes de ser atendidas.

- **La asignación presupuestal a salud y su distribución por niveles de gobierno, el presupuesto por resultados y la descentralización fiscal.**

La asignación presupuestal a salud en términos absolutos se ha incrementado, dado el crecimiento de la economía nacional y también por el crecimiento del presupuesto del Estado, en particular del Poder

Ejecutivo. Tres elementos debemos anotar, el primero es que se reconoce la existencia de una inequitativa distribución de los recursos sanitarios en el territorio nacional³ lo que a lo largo de la historia de nuestro país ha configurado una mayor capacidad de atención por parte de algunas localidades y menor en otras, en segundo lugar el gasto en salud per cápita está entre los menores de América Latina⁴, en tercer lugar los indicadores sanitarios nos ubican a la saga de los países de esta parte del continente⁵, esto sin considerar que los determinantes sociales de la salud nos impactan de una manera severa en el Perú. En general, podemos afirmar que el sistema de salud del país no logra mejorar los indicadores sanitarios pues su capacidad operativa está siendo afectada por una insuficiente asignación presupuestal que además está inequitativamente distribuida. Los partidos políticos antes de empezar esta gestión gubernamental se comprometieron a incrementar porcentualmente el presupuesto asignado a salud, el partido de gobierno que suscribió ese acuerdo no lo cumplido hasta el momento, el incremento ha sido sólo en términos absolutos, no se estaría cubriendo las brechas pendientes con las necesidades de atención de la población.

El tema de la distribución del presupuesto asignado a salud (reconociendo que actualmente el gobierno nacional consolida los requerimientos de los tres niveles de

³ MEF. Presentación del Consultor Luis Cordero en reunión de la ANGR el 2008 en Lima a las DIRESA.

⁴ OPS. Gasto en salud en relación al Presupuesto y al PBI.

⁵ Colocar fuente OMS, PNUD, Objetivos del Milenio.

gobierno y los presenta al Congreso para su aprobación, procedimiento que le permite a través del MEF de imponer criterios orientados a mantener la situación centralizada y no necesariamente apelando a su rol rector) está ligado estrechamente al tema de la descentralización fiscal y el presupuesto por resultados. Cabe anotar que una distribución de presupuesto solamente por el criterio poblacional, si bien afectaría a las grandes urbes (pues ellas concentran el per cápita más elevado), podría estimular la ineficiencia del gasto toda vez que producto de la centralización las capacidades de administración las tienen las grandes urbes, en especial Lima. Esto implica que los procesos de redistribución del presupuesto deben equilibrar estos factores, se está utilizando el presupuesto por resultados como un mecanismo que nos permita solucionar el proceso, pero el tema del desarrollo de capacidades en los gobiernos regionales y locales sigue siendo precario (por cierto del cual no está exento el nivel nacional en muchas ocasiones)⁶. Por otro lado los gobiernos regionales que reciben canon minero, de acuerdo a ley, sólo pueden invertir estos fondos en inversiones (ampliación de la capacidad de operación: infraestructura y equipamiento principalmente), pero cuando revisamos la estructura de sus presupuestos vemos que no se consignan los gastos corrientes que se deben incluir para dar viabilidad a este gasto de inversión (presupuesto para estudios de preinversión e inversión, así como

para las remuneraciones de los que trabajarán en las nuevas instalaciones, y los correspondientes gastos de operación de éstas), ya sea por deficiente análisis del presupuesto o por descuido tanto de los gobiernos regionales o del gobierno nacional, esta situación afecta la adecuada administración de los presupuestos que impacta en la capacidad operativa de los servicios. La descentralización fiscal ¿hasta dónde puede llegar?, si consideramos que los fondos de los gobiernos regionales viene siendo transferidos del gobierno nacional y condicionados por éste, ¿Qué tanta libertad puede tener un gobierno regional para reestructurar sus partidas sin consentimiento del Congreso o del MEF? sabiendo que las capacidades de administración de presupuesto fuera de la capital son menores. Actualmente son preguntas sin respuesta, ya la población no logra la atención plena de sus necesidades y demandas en salud.

- **La articulación de los poderes del Estado y al interior de los niveles del poder ejecutivo en el Estado descentralizado y unitario. La participación ciudadana.**

1. Las relaciones entre el Congreso de la República y el Poder Ejecutivo están mediadas por una definición clara de funciones, caso que por cierto depende en gran medida de la disposición del propio Congreso para establecer esta delimitación en tanto es la entidad que establece el marco legal correspondiente, a través de las

⁶ MEF. Informe sobre presupuesto participativo

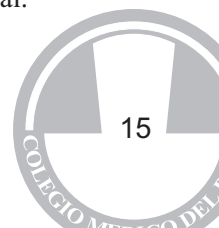


Leyes Orgánicas (que requiere dos tercios de votos, mayoría calificada) así como las leyes comunes (la mitad más uno de los votos, mayoría simple), en la actualidad para alcanzar estas votaciones ningún partido político representado en el Congreso tiene mayoría simple, menos calificada, lo que obliga a establecer alianzas entre los partidos políticos y por lo tanto a negociaciones en la elaboración y aprobación de las leyes.

La articulación en materia de descentralización y específicamente en materia de descentralización en salud resulta compleja, así mismo el procedimiento congresal establece que las Comisiones de Descentralización y eventualmente de Salud emitan dictamen sobre las leyes y que después sean aprobados o desestimados en el Pleno del Congreso. Las propuestas de ley revisadas por la Secretaría de Gestión Pública de la Presidencia del Consejo de Ministros elaboradas por los propios ministerios son elevadas al Presidente de la República, que las envía al Congreso de la República en calidad de Proyectos de Ley y que pasarán a evaluación por la Comisión de Descentralización que las revisará y emitirá un dictamen aprobando, reformulando o desechando la propuesta (inclusive puede haber dictamen en mayoría y minoría). Este espacio de la articulación política no sólo es así para la Ley de los Ministerios sino en general para los temas relacionados a descentralización y al manejo sectorial, en los cuales además se incluyen los

dictámenes de las comisiones parlamentarias correspondientes. Este espacio aún no es abordado adecuadamente por los diferentes actores involucrados actualmente ni por la sociedad civil.

2. Al presente, como mencionamos anteriormente, el gobierno nacional no termina de elaborar sus propuestas de configuración de sus ministerios, y por lo tanto no define claramente las funciones y competencias que le corresponden en materia de salud, dificultando enormemente el proceso de articulación entre los niveles nacional, regional y local. Es más, la ausencia de esta definición no permite establecer cómo se gestionará el Estado descentralizado, cómo se manejarán las controversias, cómo se asignarán los presupuestos, cómo se evaluará el cumplimiento de los resultados por los diferentes niveles de gobierno, cómo se desarrollará la participación ciudadana, tan descuidada estos últimos años.
3. La participación ciudadana está ligada fundamentalmente al ejercicio de ciudadanía, y por lo mismo ligado al propio proceso de descentralización en tanto es la operativización de la participación del “ciudadano de a pie” en la toma de decisiones sobre el quehacer político en general y del proceso sanitario en particular. Los espacios de toma de decisión se ubican a nivel de política sanitaria, a nivel de gestión de los servicios y en la propia comunidad. A su vez son de carácter nacional, regional y local.



Al nivel nacional la máxima expresión de la participación ciudadana la encontramos a través del Consejo Nacional de Salud, el que lamentablemente dado su carácter consultivo está a merced del interés del Ministro de Salud, los que desde su conformación no han mostrado menor interés y su participación más bien ha sido eventual. Las más importantes propuestas de política han sido aprobadas por fuera del Consejo Nacional de Salud, el documento más importante de esta gestión gubernamental, en el cual el Consejo Nacional de Salud sólo participó en su aprobación, el “Plan Nacional Concertado de Salud” no es utilizado como instrumento de política sanitaria. La debilidad de este espacio radica en su composición extremadamente gubernamental y su carácter no vinculante.

Los Consejos Regionales de Salud tienen una experiencia similar con el atenuante que elaboraron planes regionales de salud, que en el caso de algunos gobiernos regionales permitió orientar el trabajo sanitario como en Junín. El proceso a nivel de Consejos provinciales de salud nivel local es más incipiente. En general con la actual gestión gubernamental el proceso de participación ciudadana no se ha desarrollado plenamente, no ha sido promovido realmente por parte del gobierno, hay más bien un estilo confrontacional de relación con la ciudadanía, a pesar de esta situación curiosamente no existe de parte del gobierno una política explícita en el tema del manejo de los conflictos. En relación a los Consejos Provinciales de Salud el

proceso no avanzó ni en número ni en profundidad.

En cuanto al nivel de participación en la gestión, es la experiencia de las Comunidades Locales de Salud (CLAS) a nivel local la que más nos aporta, con actores que refieren que se ha logrado eficiencia y eficacia y por cierto también detractores, la información oficial del MINSA no permite afirmar ninguna de las aseveraciones, una posible explicación para la controversia que generan las CLAS se debería al recelo en algunas de las autoridades del sector debido a que las CLAS manejan los recursos y toman decisiones en la gestión de los establecimientos de salud en detrimento del poder vertical de las autoridades regionales y locales. Por otra parte, en 16 años de experiencia, el MINSA no ha producido una evaluación nacional, sin embargo están disponibles diversos estudios nacionales e internacionales señalando el aporte de las CLAS para mejorar la atención de salud en las comunidades señalando también por cierto sus limitaciones, siendo el balance positivo. Los años 2005, 2006, 2007 y 2008, las CLAS han resultado ganadoras del concurso nacional sobre servicios de calidad organizado por la Sociedad Nacional de Industrias (ver página web). Las responsabilidades de rectoría y gobierno por parte del MINSA ante las CLAS en los últimos 8 años, se expresan en un decreciente financiamiento, nula capacitación y supervisión y ninguna CLAS adicional desde el 2002. El personal trabajando en las CLAS recibe los salarios más bajos comparados con sus pares en los establecimientos no



CLAS. La decisión política sobre esta experiencia de participación y manejo de recursos en el nivel local es clara. Actualmente la cobertura de las CLAS es del 35% de los establecimientos del primer nivel de atención de gobierno nacional (Lima a través del MINSA) y de los gobiernos regionales (direcciones regionales de salud). A nivel nacional y regional lamentablemente esta participación no se ha previsto siquiera en el marco legal. En el año 2007, el Congreso de la República promulgó la Ley 29124 “Ley de Cogestión y participación ciudadana en los establecimientos del MINSA y las Regiones” que articula la experiencia al proceso de descentralización, amplía la participación, precisa el rol de los niveles de gobierno y adecua el modelo de cogestión.

VI. EL ROL DEL COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ EN EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN

Como se expresa en los párrafos anteriores, el sistema sanitario peruano atraviesa por un proceso de cambios, que tiene como uno de sus ejes más importantes la descentralización, la cual ha sido principalmente definida como la transferencia de funciones de gobierno a los territorios regionales y locales con el fin de mejorar la atención brindada a los ciudadanos. Lamentablemente ha sido y es un proceso principalmente dirigido desde las instancias gubernamentales, con eventual o escasa participación de otros actores, desde

el Congreso de la República, la sociedad civil, los partidos políticos, los gremios empresariales, gremios de trabajadores, las diferentes organizaciones sanitarias y los propios ciudadanos. Y en gran medida esta poca participación está mediada por la escasa percepción que la descentralización nos afecta.

No obstante que la descentralización en salud debiera representar cambios relevantes en la reforma del sistema sanitario, éstos sólo se están estableciendo en la estructura de conducción de los aparatos público nacional y regional, (léase sede central del Ministerio de Salud, sedes de la Direcciones de Salud de Lima, sedes de la Direcciones Regionales de Salud de los gobiernos regionales, a nivel local el proceso aún está en pilotos). Y esto porque la descentralización está siendo movilizada por el Estado desde su propia estructura y no se la ha encarado como una nueva estructuración del país en su conjunto, lo que genera en sí mismo limitaciones al proceso pues tenemos dificultades para desarrollar capacidades fuera de Lima que compensen esta situación (casi 200 años con menor inversión social y económica, que traen consigo menores niveles de salud, de educación y de infraestructura social como carreteras, viviendas, saneamiento, comunicaciones, etc.).

En parte esta situación hace que entre grupos importantes de médicos, la descentralización no les genere

ninguna impresión, porque no percibimos cambios relevantes o inclusive perciben en ella consecuencias negativas para los médicos, en tanto aumenta la incertidumbre propia de todo cambio que no tiene a primera vista un norte claro.

Lo cierto es que las repercusiones de este proceso se establecerán paulatinamente primero en la conducción (el diseño del sistema de salud descentralizado, en los que se requieren saber las implicancias de la propuesta de aseguramiento universal, de la regulación de la prestación o de los mismos mecanismos de asignación presupuestal, así como de qué forma se establecerá la participación ciudadana a este nivel), luego en la implementación (los cambios en la manera de producir servicios de salud - con implicancias directas en la relación médico paciente, en la tecnología a utilizar, en la ética profesional - y en la manera de gestionarlos - en las relaciones laborales, en las escalas remune-

rativas, en la manera de planificar, organizar y dirigir-, nuevamente cuál será la modalidad de la participación ciudadana a este nivel) y luego en la evaluación (quién diseña este paso, qué roles le asisten a los diferentes actores involucrados, cuáles serán las medidas punitivas ante la falta de eficacia, eficiencia y calidad de los servicios de salud brindados, de esto no se conoce nada).

Los efectos de la descentralización en las diferentes esferas del quehacer sanitario cada vez son más evidentes, la actuación de los médicos y del Colegio Médico del Perú debe ser protagónica, nuestro accionar en el proceso de descentralización en salud debe permitir atender los derechos de los ciudadanos como de los actores sociales involucrados en la producción de los servicios de salud. Los elementos antes anotados nos indican los temas que será necesario trabajar, con los diferentes actores involucrados en este proceso.

La descentralización del sector salud: Una visión regional

Dr. Fernando Carranza Quispe

INTRODUCCIÓN

La modernización del Estado y del sistema político administrativo ha sido un imperativo para el desarrollo. En ello ha estado implícita la gobernabilidad. En este sentido la descentralización es una de las reformas del estado más importante en los últimos 20 años, ha sido planteada como un objetivo en el que convergen dos posiciones: la de quienes pretenden disgregar las demandas y conflictos sociales y reducir mecánicamente los gastos de la administración central y la de quienes promueven el relanzamiento económico y la democratización política del Estado, que posibilitaría la integración y la participación de los sectores más amplios de la población (4)

Una revisión histórica de la descentralización nos muestra que desde los años 80, ante la debilidad de los Estados centralizados para resolver la demanda de la población, irrumpe en toda la región Latinoamericana un movimiento a favor de la descentralización territorial, transfiriendo competencias y servicios al nivel local, lo cual implica una reforma de la administración del Estado y un intento por democratizar y legitimar la decisión, acercando los servicios a la sociedad civil.

Posteriormente, surge como respuesta al modelo de Estado interventor y desarrollista un nuevo enfoque que plantea una redefinición de las relaciones Estado - Sociedad civil. Se incorpora el principio de subsidiariedad que se interpreta como que el Estado no debe intervenir en aquello que la sociedad civil por si misma es capaz de ejecutar. Sin embargo la subsidiariedad del Estado en materia social no ha solucionado los problemas más sensibles del subdesarrollo (4). El modelo que surgió posteriormente plantea un estado eficaz pero con equidad y solidaridad social, situación aún incipientemente lograda en el país.

La descentralización consiste pues en la transferencia de poderes políticos, fiscales y administrativos a unidades sub nacionales de gobierno, entendiéndose por tales gobiernos sub nacionales autónomos, electos, capaces de tomar decisiones vinculantes en al menos algunas áreas de política, este fenómeno es multidimensional e involucra al menos un aspecto organizacional, otro político institucional y otro fiscal (1)

Existen cuatro modelos hipotéticos de descentralización: el primero caracterizado por una alta descentralización de recursos. El segundo de una descentralización plena

o bilateral que involucra tanto a recursos como a roles competenciales. El tercero, con recursos centralizados y gastos descentralizados. El cuarto, finalmente, expresa una elevada centralización, tanto de ingresos como de erogaciones (2). Existe otro modelo denominado por Rondinelli y otros como descentralización “hacia el mercado”, que se conecta con la descentralización del rol asignativo en la economía, por un lado, y con la descentralización de la autoridad a actores o niveles inferiores del gobierno, por el otro.(3). El modelo a escoger puede comprender la existencia de combinaciones diversas. Uno de ellas podría involucrar, aún en contextos de mantenimiento de una importante centralización intra gubernamental, la existencia de descentralización hacia la esfera no pública de la economía, sea que la entendamos como mercado, o eventualmente, como tercer sector (3).

Es necesario una lectura adecuada de estas estructuras en tanto ellas no reflejen plenamente las auténticas formas que asume la descentralización, ya sea en la ejecución, o en la implementación de mandatos o reglamentos, o en la efectiva toma de decisiones, que sin duda es el elemento relevante en la calificación a adoptar.

En nuestro país la descentralización que se inició en los ochenta, se interrumpió en abril del 92, creándose en su lugar los órganos desconcentrados llamados Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR), reiniciándose el proceso en 1992 con la convocatoria a elecciones regionales, dentro del proceso se consideró la transferencia de

las competencias al gobierno regional que en el caso de la región Ica concluyó el año 2009, hoy, dos años después, queremos presentar una visión de lo que viene significando este proceso en Ica desde dos dimensiones: la organización y lo político institucional.

Para tener una visión más objetiva del proceso de descentralización en Salud es necesario conocer algunos aspectos conceptuales de tipo general, como:

¿POR QUÉ DESCENTRALIZAR?

La revisión de la literatura (4,5,6) sobre descentralización nos muestra diferentes razones para descentralizar:

- Para descongestionar administrativamente el Gobierno Central.
- Para mejorar la administración del Estado.
- Para acercar la administración al ciudadano.
- Para fortalecer otras instancias del Estado.
- Para limitar el poder del gobierno central.
- Para legitimar al Estado.
- Para involucrar en las tareas del gobierno a otros sectores.
- Para mejorar la atención al territorio
- Para facilitar un desarrollo territorial equilibrado.
- Para apoyar la planificación económica.
- Para facilitar la puesta en marcha de la planificación territorial.
- Para incorporar zonas y regiones marginadas.
- Para mejorar el uso de los recursos humanos, económicos y físicos.

Descentralización en Salud

- Para controlar mejor el territorio.
- Para mejorar el cobro de impuestos
- Para privatizar funciones que venía ejerciendo el Estado.
- Para racionalizar las inversiones del gobierno central.
- Para neutralizar presiones de grupos regionales.
- Para neutralizar presiones populares.
- Para evitar las emigraciones hacia las ciudades y ordenar el flujo migratorio
- Para descongestionar las grandes ciudades especialmente la capital.
- Para neutralizar movimientos separatistas.
- Para emprender un proceso de transformación del modelo económico imperante.

ALCANCES DE LA DESCENTRALIZACIÓN

La descentralización tiene diferentes alcances:

- administrativa
- económica
- productiva
- financiera
- tributaria y
- fiscal

VENTAJAS Y BENEFICIOS DE LA DESCENTRALIZACIÓN (1)

La principal ventaja de la descentralización es que se considera como una forma de aumentar la participación democrática de la población en la solución de sus problemas más cercanos y mecanismo útil para racionalizar la gestión pública.

Entre los beneficios está

- La mayor congruencia entre las demandas por servicios regionalmente y hasta localmente diferenciados
- La oferta realizada a través del gasto público. Esto es importante porque responsabiliza a un uso eficiente de los recursos atendiendo las necesidades de la población para lo cual es necesario que existan dos condiciones:
 - a) Comunicación directa entre población y autoridades para que las sugerencias puedan traducirse en decisiones sobre el gasto, de ahí la importancia de la elección popular de autoridades regionales y municipales y de los mecanismos de participación y control ciudadano.
 - b) Fuentes de financiamiento y la autonomía de decisión sobre el uso de los recursos; de ahí la importancia de delimitar claramente las competencias funcionales y fiscales de los distintos niveles territoriales.
- La descentralización apunta a mejorar la gobernabilidad y el desarrollo local, el alivio y reducción de la pobreza.
- En primer lugar la descentralización es un concepto usado con poca precisión en el debate político, sin mayor reflexión sobre sus implicancias políticas y técnicas para el conjunto de la función pública, por lo que se carece de un consenso político.
- El riesgo de ver la participación de la comunidad como una sumatoria de

- micro unidades sociales (familias y formas de grupos primarios).
 - La limitación de la participación en la determinación de políticas.
 - El peligro del ejercicio privado del poder regional o municipal con procedimientos clientelares entre autoridades locales y población y entre niveles de gobierno caracterizados como formas patrimoniales de ejercicio del poder que acaba por debilitar los aspectos democratizantes de la descentralización.
 - Las garantías de democracia del gobierno local no se encuentran inscritas en la Constitución, de tal forma que la relación entre democracia y descentralización de la gestión municipal radica en la suerte de los resultados electorales.
 - No se observa en general la elaboración de propuestas específicas de gestión regional y municipal por parte de los partidos políticos.
 - La precariedad de las respuestas que en buena medida dan los municipios respecto a las posibilidades que ofrecen sus competencias y funciones, especialmente en lo referido a la satisfacción de las demandas de los sectores de más bajos ingresos.
- Planificación regional
 - Ejecución de programas
 - Aprobar plan de desarrollo concertado
 - Aprobar organización interna y presupuesto
 - Promover y ejecutar inversiones públicas

La salud pública es una competencia compartida entre los tres niveles de gobierno, bajo este marco de competencias los gobiernos regionales desarrollan las siguientes funciones (7)

- a. Aprobar y ejecutar políticas regionales.
- b. Plan de Desarrollo Regional de Salud
- c. Coordinar acciones de salud integral
- d. Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SSNCDS).
- e. Actividades de promoción y prevención de salud.
- f. Organizar los niveles de atención y administración.
- g. Organizar y mantener los servicios de salud.
- h. Supervisar servicios de salud públicos y privados.
- i. Prevención y control de emergencias y desastres.
- j. Control, producción y suministro de medicamentos.
- k. Promover la salud ambiental.
- l. Ejecutar proyectos de infraestructura
- m. Información a la población sobre el sector.
- n. Promover el desarrollo de recursos humanos.
- o. Evaluar periódicamente logros alcanzados.
- p. Elevar los niveles nutricionales.

Las leyes que rigen el proceso de descentralización contemplan tres tipos de competencias posibles en los niveles de gobierno: exclusivas, compartidas y delegadas.

Las competencias exclusivas de los gobiernos regionales son:(7)

Descentralización en Salud

Estas 16 funciones y desplegadas en 125 facultades, fueron transferidas desde el gobierno nacional en un proceso que culminó el año 2009, siendo la última en ser transferida la de coordinación de las acciones de salud integral en el ámbito regional.(7,8)

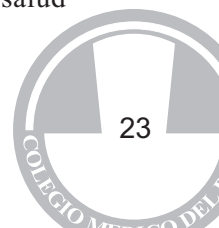
VISIÓN REGIONAL DE LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

La Comisión de Descentralización Regionalización, Gobiernos Locales y Modernización de la Gestión del Estado del Congreso de la República del periodo 2010-2011,(9) así como la del propio Ministerio de Salud realizada según la RM 739-2011 que establece el Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud: MED (10), realizaron sendas evaluaciones del proceso de descentralización. Los resultados alcanzados al 2009 señalaron que el desempeño promedio en ejercicio de las funciones transferidas del Gobierno Regional Ica alcanza el 36%, recibiendo el calificativo de desempeño medio.

Las áreas funcionales que tuvieron un ejercicio alto según esta evaluación fueron dos: Gestión de Políticas y Promoción de la Salud. Las funciones de menor cumplimiento fueron: regulación sectorial de recursos humanos, regulación de salud de las personas y gestión del aseguramiento. El informe señala que el Gobierno Regional de Ica alcanzó un 52%, (Medio) en las funciones de conducción, 32% (Bajo) en las funciones esenciales y por último, 31% (Bajo) en las funciones de apoyo, patrón de calificación similar al

encontrado en la mayoría de gobiernos regionales. Estos puntajes habrían disminuido en la evaluación realizada el 2010 según información extraoficial. Cabe precisar que estas evaluaciones son básicamente de carácter documentario y no consideran fuentes directas tales como la opinión de los actores sociales del proceso de descentralización pese a ello tienen un valor referencial para la toma de decisiones.

Desde nuestra óptica, la transferencia total de funciones en materia de salud a la región todavía no ha modificado positivamente la situación de salud, no se aprecia una relación positiva entre descentralización y mejora de los servicios de salud, por el contrario, se ha afectado la eficiencia y la calidad en la provisión de los servicios de salud. Hoy, a casi tres años de esta transferencia, aún permanece la estructura hospitalaria colapsada producto del terremoto que asoló el departamento. Se observa franca incompetencia e indiferencia de autoridades regionales de salud para recuperar la infraestructura sanitaria, condición que buscan encubrir a través de enfrentamientos estériles con el nivel central del MINSA. A la fecha, la población iqueña sigue atendándose en ambientes provisionales que no reúnen los requisitos mínimos que exige una atención de calidad y respeto de la dignidad humana, pues en ciertas ocasiones las gestantes deben esperar sentadas en el Hospital Regional para acceder a una cama, mientras que existen establecimientos pertenecientes a la red de salud con camas disponibles, no existen ambientes para la atención de pacientes con problemas de salud



mental, ni para enfermos de tuberculosis multidrogo y extremadamente resistentes quienes muchas veces por presiones legales o mediáticas, deben ser hospitalizados en los ambientes provisionales junto a otros pacientes, con el consecuente riesgo de exponerlos al contagio, lo mismo que a los trabajadores. No existe quién oriente y ordene el sector salud en la región.

Otro aspecto a señalar, es el creciente riesgo que los líderes políticos regionales adopten decisiones en función de los intereses de sus clientelas políticas y no en favor de los sectores poblacionales pobres, esto no permitiría que los mejores profesionales ingresen al sistema de atención (9). Situación que también se aprecia en la designación de los cargos directivos del sector, donde prevalecen la amistad, el compadrazgo, sin tenerse en cuenta los criterios técnicos, tal es así que ningún cargo de funcionario es concursado, ni se consulta a representantes de la sociedad civil o a los trabajadores organizados del sector, este hecho explica en parte el pobre desempeño señalado en las evaluaciones antes mencionadas. El sector ha perdido rectoría, existe una anarquía en los establecimientos de salud principalmente en las redes de atención primaria, no hay generación de políticas regionales, los funcionarios constantemente son acusados de corrupción y son fácil presa de grupos de trabajadores no representativos de sus bases, pero con capacidad de presión que utilizan los medios de comunicación y otros para conseguir sus propios fines. El promedio de permanencia de las autoridades sanitarias en Ica no

sobrepasa el año, en tal situación es imposible delinear políticas y planes de gestión sostenibles y capaces de alcanzar resultados sanitarios, tal es así que durante el periodo hemos visto pasar cuatro directores regionales de salud y el mismo número de gerentes de desarrollo social, en este último cargo se designó profesionales de la arquitectura, ingeniería, etc. todos ellos sin capacidad para dirigir la política social. En nuestra región, la descentralización no viene cumpliendo algunos de sus objetivos centrales cuales son: la modernización y mejora administrativa, la desburocratización y la transparencia y lucha contra la corrupción.

Como consecuencia de la escasa capacidad de gestión, se evidencia carencias en la formulación e implementación de políticas regionales en los diferentes campos del quehacer sanitario, sin duda el que reviste mayor gravedad es el los recursos humanos, sobre todo ad- portas de la puesta en funcionamiento de tres nuevos hospitales de la región: Hospital de Pisco, y los hospitales Santa María del Socorro y Regional en Ica, éste ultimo de alta complejidad. El nuevo Hospital Regional que contará con equipamiento médico para el nivel mencionado carece de especialistas en neurocirugía, endocrinología, radiología, psiquiatría, gastroenterología, cardiología, geriatría, infectología, etc. Sin embargo, Ica cuenta con una Facultad de Medicina que forma especialistas y que no es convocada para generar políticas y acciones coordinadas tendientes a la formación progresiva de los recursos humanos faltantes.



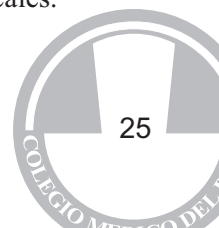
Descentralización en Salud

Las áreas la promoción y prevención, a pesar de la relativamente mejor calificación obtenida en la evaluación antes citada, luego de haberse concluido la transferencia de funciones se aprecia su progresivo debilitamiento. Las redes de salud de Región, particularmente de la provincia de Ica, acostumbrada a trabajar bajo el mandato directo del MINSA - normas, directivas y supervisión -, no ha mostrado tener la capacidad para responder al desafío de la autonomía en las decisiones que levanta la descentralización. Se sigue en espera que el paternalismo centralista acuda a salvar las insuficiencias, de allí el avance de la tuberculosis y VIH SIDA en la región.

Es necesario fortalecer el proceso de descentralización para aumentar la eficiencia, reducir el peligro del clientelismo y aumentar la transparencia en la gestión regional y local. Para ello como lo proponen los expertos (3,4,8,9) el gasto social debería ser subsidiario respecto a los ingresos familiares y no destinarse a ofrecer servicios "gratuitos" a todos por igual, lo que muchas veces desplaza a los más pobres, es necesario implementar con mayor celeridad el subsidio a la demanda que favorezca a estos últimos a través de un aseguramiento universal con enfoque social y la libertad de los consumidores de escoger a sus proveedores.

Otro aspecto importante en esta visión del proceso de descentralización es el incremento de la corrupción que ha llegado en el sector salud regional a todos los niveles, esto se puede explicar porque, como se señaló líneas arriba, la

descentralización política, al consistir en una transferencia de poder desde el gobierno central a gobiernos locales crea oportunidades de corrupción, esta se incrementa rápidamente en todos los niveles afectándose principalmente a las personas con menos recursos y capacidad para influir en las decisiones, sin que las autoridades muestren interés en combatirla. Siguiendo el análisis de Kurer (11), en ausencia de una institucionalidad suficiente, en la medida en que las competencias transferidas a las comunidades locales incluyan facultades normativas, ellas podrían ser usufructuadas por los gobernantes corruptos en función de maximizar su ingreso personal, con la única condición de asegurar un apoyo político suficiente a través de la ejecución de algunas obras de impacto y compartir las ganancias ilegítimas con su clientela. Es más, en la medida en que los gobernantes puedan reclutar empleados éstos actuarán como agentes del principal. En nuestra región la institucionalidad política es muy débil, los partidos políticos carecen de representatividad, están desprestigiados, aun el partido aprista que tenía en nuestra región uno de sus bastiones, en las últimas elecciones no ha logrado tener ninguna curul, los demás partidos casi no existen. El gobierno regional y la mayoría de gobiernos locales son conducidos por movimientos políticos organizados contingentemente con el propósito de participar en los procesos electorales, usualmente carentes de estructura organizativa, de bases político-programáticas, y que funcionan apelando a mecanismos clientelistas y a alianzas con los grupos de poder locales.



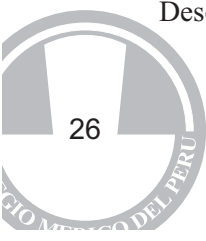
En consecuencia, para enfrentar la corrupción es necesario contar con leyes que garanticen transparencia, participación ciudadana y responsabilidad, para ello el acceso libre a la información que asegure una participación informada en la formulación del Presupuesto Participativo (PP), o en las Mesas de Concertación para la Lucha contra la Pobreza y en los Comités de Coordinación Local y Regional. La información es fundamental para una gestión pública eficaz y transparente, pues si bien ha existido avances aún falta mucho si se quiere aprovechar las oportunidades que surgen de las nuevas iniciativas de política pública, como el Presupuesto por Resultados (PpR) y el Plan de Incentivos Municipales (PIM) como instrumentos de ayuda para buscar la eficiencia y disminuir la corrupción y, lo que es más importante, una participación más activa de las organizaciones de la sociedad civil ejerciendo control. Se requiere de un poder judicial también descentralizado y eficiente.

Los órganos de control establecidos en su centralismo no permiten una evaluación y corrección oportuna de los casos de corrupción y abuso del poder, de tal manera que las autoridades locales se sienten intocables y con carta libre frente a una conducta corrupta, la Contraloría que vive divorciada de la sociedad civil.

Pese a todo lo expuesto, es necesario apostar por la descentralización y sus logros, en tal sentido la Comisión de Descentralización del Congreso señala

en su evaluación de la descentralización del periodo 2010-2011 (9), que, en el mediano plazo, se tienen logros en lo concerniente al ordenamiento democrático, así como de gestión pública descentralizada, que han incidido a favor de mejores desempeños económicos, políticos y sociales, aunque sea de manera diferenciada, con experiencias buenas y replicables, se debe fortalecer la organización de una gestión pública en los tres niveles de gobierno que de manera integrada, eficaz y eficiente oferten el servicio público a los ciudadanos. Esta Comisión propuso como agenda del debate para el presente periodo legislativo, entre otros, los siguientes temas y que por su importancia consideramos que es necesario plantearlos:

1. Logro mayor equidad y previsibilidad en la asignación de recursos;
2. Formulación de políticas nacionales y la adecuación de los sistemas administrativos y funcionales, como ejes vertebradores del gobierno unitario y descentralizado;
3. Definición de políticas claras en materia de empleo público, desarrollo de capacidades y meritocracia;
4. Evaluación de la experiencia de conducción del proceso, bajo responsabilidad del Consejo Nacional de Descentralización-CND; y luego de la Presidencia del Consejo de Ministros; así como el rol que debe cumplir el Consejo de Coordinación Intergubernamental-CCI, para considerar cambios normativos que permitan el fortalecimiento del proceso de



Descentralización en Salud

descentralización.

Desde una óptica regional, creemos en la descentralización porque representa una oportunidad excepcional para modificar la institucionalidad existente y desarrollar una nueva en el escenario local, que reduzca al máximo las oportunidades y la disposición a hacer un uso ilegítimo de bienes colectivos en beneficio privado; es por ello que desde los espacios que el Colegio Médico del Perú ha establecido, seguiremos realizando todos los esfuerzos para impulsarla a fin que no se convierta en una frustración más para nuestra población. Visionamos una verdadera descentralización, que nos permita un día a los médicos de la región no trasladar a nuestros pacientes a la ciudad de Lima por falta de recursos tecnológicos o de recursos humanos.

Referencias Bibliográficas

1. Reuben William, Zumaeta Melissa “Voz y participación en la descentralización de Perú” <http://search.worldbank.org/all?qterm=descentralizacion%20peru>
2. Morón Eduardo “Descentralización y desempeño fiscal a nivel sub nacional: el caso de Perú” “Universidad del Pacífico Washington DC, Enero 2010 <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=35076244>
3. Una nota sobre la dimensión fiscal de la descentralización Lic. Miguel Ángel Asensio Pilar, Buenos Aires, 26-11-2001 www.depeco.econo.unlp.edu.ar/siff/2001/trabajo2.pdf
4. Tercer curso Centroamericano en gestión urbana” Democratización, participación ciudadana y descentralización. San Salvador, El Salvador, Junio 2003. info.worldbank.org/sansalv/Herrera
5. García Jorge ¿Por qué la descentralización? Mecanismos para hacerla efectiva No. 41 Enero, 2004 <http://www.banrep.gov.co/documentos/publicaciones/pdf/DTSER41.pdf>
6. Céspedes Zavaleta Adolfo, Porqué es necesario descentralizar los estados Instituto Desarrollo y Descentralización <http://www.grupoidd.org/descentralizacion/>
7. Ley N° 27783. Ley de Base de la Descentralización
8. Descentralización y Regionalización <http://www.predes.org.pe/pdf>
9. MINSAs. Evaluación del proceso de descentralización. minsa.gob.pe. Normas Legales RM N° 739-2009/MINSA "Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización en Salud: MED (Volumen 1)
10. La Descentralización del Estado como política contra la corrupción. Ivan Finot, Experto en Política Social, Descentralización y Modernización del Estado ILPES, Santiago, Chile <http://8iacc.org/papers/ifinot.html>



Descentralización de la salud: El sector en su laberinto

Dr. Luis F. Tejeda Macedo

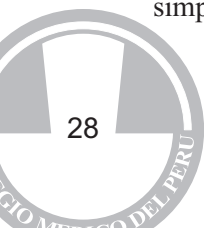
Sin lugar a dudas, la descentralización es una secular aspiración y un sempiterno reclamo de todas las poblaciones peruanas que han tenido la experiencia de vivir una crónica postergación, la cual casi automáticamente atribuyen al centralismo limeño que concentra todos los recursos, el poder y las oportunidades, mediatizando además las decisiones que podrían resolver la realidad de atraso que muchos viven. Por ello, cualquier avance que pueda darse en ese sentido es en general bien recibido y genera gran expectativa, aunque ésta no siempre es satisfecha por el desarrollo de los acontecimientos, como se expone a continuación en el caso del sector salud en la Región Arequipa. Transcurrida ya casi una década del inicio del proceso, se han transferido ya hace cuatro años todas las funciones de gobierno sectorial del Ministerio de Salud a la actual Gerencia Regional de Salud de Arequipa. Sin embargo, los resultados distan de ser satisfactorios, pues la impresión general es que dicha gerencia carece de las capacidades y competencias necesarias para la conducción exitosa de la gestión sanitaria en la Región Arequipa. Entre tanto, muchos problemas se acumulan o se superponen, motivando en ocasiones añoranza de tiempos pasados, cuando simplemente había que elevar la voz y

los pedidos al nivel central y, en el peor de los casos, culpar a Lima de la no solución de los problemas sanitarios.

A estas alturas, se impone una reflexión sobre el camino recorrido, para tratar de identificar los aciertos y los errores, corregir rumbos hasta donde esto sea posible y avanzar en la forja de un sistema regional de salud capaz de hacer frente a los desafíos sanitarios y desarrollar políticas que beneficien y satisfagan a la población arequipeña.

El proceso de descentralización de la salud en Arequipa se dio bajo dos moldes normativos: por un lado, estuvo el marco general de la Ley de Bases de la Descentralización (Ley 27783) y de la Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales (Ley 27867), bajo la conducción del Consejo Nacional de Descentralización; y por el otro, la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud – SNCDS (Ley 27813), bajo responsabilidad del Ministerio de Salud.

En el proceso pueden identificarse dos aspectos relevantes: por un lado, la constitución y el funcionamiento del Consejo Regional de Salud y los Consejos Provinciales de Salud; y por otro lado, la transferencia de funciones



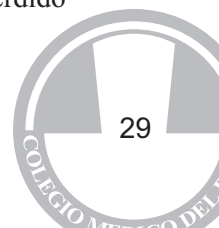
del nivel central al gobierno regional de Arequipa, previa verificación de la existencia de competencias en el nivel regional para el desempeño de las funciones a ser transferidas. Si bien ambos elementos se iniciaron de manera prácticamente simultánea e interrelacionada, para efectos del análisis resulta conveniente separarlos, porque cada uno de ellos tuvo particularidades y detalles que de otro modo podrían perderse en un panorama de conjunto.

Consejos de Salud: de espacios de concertación a laberintos sin salida

En referencia al primer aspecto, el de la instalación y funcionamiento de las instancias descentralizadas del Sistema Nacional de Salud, también es necesario diferenciar al Consejo Regional de Salud de los Consejos Provinciales de Salud, ya que si bien el primero se constituyó y en la actualidad continúa funcionando, los segundos en la práctica sólo se instalaron en algún momento de los últimos años, bajo la obligación de cumplir con compromisos de gestión de la autoridad regional de salud con el nivel nacional, pero no han tenido ninguna clase de funcionamiento regular ni mucho menos un impacto en la gestión sanitaria de los espacios provinciales. De hecho, los gobiernos municipales en el ámbito provincial no han asumido en la última década responsabilidades relevantes en materia de servicios de salud, limitándose en algunos casos a desempeñar un rol paralelo, ofreciendo pequeños servicios de salud municipales, o a cumplir con sus

atribuciones en el campo de saneamiento, licencias de funcionamiento y otras. En Arequipa, los servicios del primer nivel de atención no fueron municipalizados ni existió un interés en tal sentido, más allá de un inicial funcionamiento de experiencias piloto distritales que pronto fueron abandonadas.

Respecto del funcionamiento del Consejo Regional de Salud, pueden distinguirse dos momentos: uno primero, que se extendió desde su instalación hasta el año 2006 aproximadamente, en el cual fue evidente una preocupación por la problemática sanitaria regional y por desarrollar iniciativas conjuntas. En dicho período se produjeron importantes documentos, tales como el Plan Regional de Salud 2004 – 2012, el Diagnóstico Regional sobre Necesidades de Salud y la formulación de las Metas Regionales de Salud al año 2025, con participación interinstitucional coordinada; también se desarrollaron campañas de salud en ámbitos provinciales y se generaron debates y pronunciamientos sobre asuntos de interés público. Una segunda etapa, coincidente con el cambio de orientación del gobierno regional, se caracterizó por una ruptura en la continuidad de los lineamientos y avances en curso, llegando a desconocer documentos aprobados por ordenanzas regionales, para volver a elaborar lineamientos como el Plan Regional Concertado de Salud al año 2012. Si bien ha continuado el funcionamiento orgánico y se continúan realizando reuniones mensuales, éstas han perdido



dinámica y se limitan más a intercambiar informes y comentarios.

Más allá de esas particularidades, que evidencian una debilidad en la institucionalización del Comité Regional de Salud, la evaluación de los logros y limitaciones del mismo en el período transcurrido desde su constitución a la fecha actual demuestra que el Comité no ha logrado ser “el órgano de concertación, coordinación y articulación regional del SNCDS”¹. En la actualidad no existe concertación, articulación, coordinación ni subsidiariedad de los diferentes servicios ni de los niveles de atención que brindan las entidades componentes del Consejo Regional. Cada una de ellas sigue sus propios planes, obedece a sus propias orientaciones y en el mejor de los casos comparte información y a veces permite la participación de otras instituciones como “invitadas” a sus actividades. A título estrictamente personal, el autor considera que esto se debe, entre otras, a las siguientes razones:

a) Las entidades participantes en el Consejo Regional de Salud tienen muy diferentes grados de autonomía para decidir y eventualmente compartir planes y recursos. Como ejemplo, baste mencionar que instituciones como EsSalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía, no están descentralizadas, obedecen a directivas nacionales y tienen que rendir cuenta de sus actos a los funcionarios del nivel central. Por tanto, no se encuentran en libertad de decidir sobre acciones ni

recursos para afrontar problemas regionales. Prueba de ello es que en un intento de realizar contraprestación de servicios entre EsSalud y la Gerencia Regional de Salud en la provincia de Islay, fue necesario firmar un convenio de alcance nacional, en el que el representante de EsSalud fue el Presidente Ejecutivo del nivel central. Una situación similar es la que experimentan las ONGs, cuyas actividades y presupuestos dependen de acuerdos y contratos suscritos con agencias de cooperación internacional, que en los hechos tienen muy poca flexibilidad para permitir adaptaciones discrecionales de acuerdo a la evolución de la coyuntura sanitaria.

b) Los representantes designados por las instituciones para participar en el Consejo Regional de Salud en varios casos carecieron de la representatividad y de la autoridad para comprometer a sus organizaciones en el cumplimiento de acuerdos. Con la excepción del Gerente Regional de Salud, que preside al Consejo, rara vez el titular de la entidad miembro del mismo es a su vez el miembro acreditado del Consejo. Esto ocasiona que al momento de las decisiones, los miembros muchas veces manifiestan que deben “consultar” a sus autoridades, las cuales no siempre los respaldan por no estar al tanto de los procesos de discusión que han llevado a los acuerdos. Una situación aún más complicada era la de los representantes de los servicios

¹ Reglamento de la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, Art 13°

privados de salud, que se encontraban totalmente imposibilitados de opinar y comprometer a otras empresas prestadoras que no fueran la suya propia.

- c) Los directivos encargados de liderar el cumplimiento de la finalidad y objetivos del Consejo Regional de Salud no siempre han estado a la altura de su responsabilidad. Quizás la intención inicial de realizar un genuino esfuerzo de coordinación, concertación y articulación se fue perdiendo en el camino, para terminar simplemente en un intercambio cortés de informes sobre las actividades particulares de cada uno, sin mayores intenciones de participar en proyectos o iniciativas compartidas.

En síntesis, de la evaluación sobre este primer aspecto del proceso de descentralización de la salud, puede concluirse que el intento de avanzar en el marco de la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud ha sido un fracaso. En el nivel regional, los directivos carecieron de claridad y voluntad política; los organismos componentes exhibieron heterogeneidad de objetivos y orientaciones, y las propias entidades del estado estaban imposibilitadas de participar con eficacia, al no haber avanzado en descentralizar su organización. En el nivel provincial, los Consejos Provinciales de Salud no lograron pasar de la instalación y definitivamente no muestran ninguna posibilidad de resultar un aporte al proceso de descentralización. Tal vez el elemento positivo

más rescatable es que el Consejo Regional de Salud ha servido como un espacio de diálogo, ha permitido que cada uno de los componentes del sector tome conocimiento de la existencia, los problemas y la dinámica de los otros, y por tanto dichos integrantes a la fecha se encuentran en mejores condiciones para encontrarse en otra perspectiva y con mayor proyección política.

Fortalecimiento de la Gestión Sanitaria Regional

El otro componente importante del proceso de descentralización de la salud es el proceso de maduración y fortalecimiento de la Gerencia Regional de Salud, como instancia a cargo de liderar la gestión sanitaria en el espacio regional. Al respecto, la Asamblea Médica Regional² convocada para formular propuestas de política sanitaria para Arequipa señala que es necesario “Mejorar el desempeño del Sistema Regional de Salud. Los problemas presentados exigen acciones articuladas, coherentes y oportunas, las cuales a su vez demandan una gestión sanitaria técnica y efectiva... es evidente que hay un problema de recursos, que se expresa en oferta de servicios y en cobertura... Por otro lado, se insinúa también un problema de calidad técnica y quizás de incompetencia de las personas a cargo de la gestión sanitaria”.

Decodificando esas afirmaciones, en la referida Asamblea se dieron intervenciones en las cuales se compartía la impresión de que en muchos campos – por ejemplo, en los programas verticales como inmunizaciones o tuberculosis – la

² CMP – CR V- Arequipa. Propuesta de Política Sanitaria Regional. Arequipa, 2010

nueva autoridad regional estaba lejos de desempeñarse con la seriedad técnica y exigencia del nivel nacional, lo cual había traído como consecuencia un notorio empeoramiento del desempeño sanitario y como consecuencia, de los indicadores de salud. De ello se derivaba la exigencia de ponerse a la altura de las circunstancias.

Es probable que la razón por la que se ha dado esta realidad tenga que ver con dos factores: por un lado, la deficiente evaluación de capacidades técnicas en el gobierno regional, que debió ser requisito para la transferencia de funciones y competencias. Dicha deficiencia no se debe quizás tan solo a limitaciones de las entidades evaluadoras, sino sobre todo a que, siendo la voluntad política del Consejo Nacional de Descentralización el avanzar en la transferencia de funciones, se dio una gran flexibilidad en la calificación de las capacidades, confiando probablemente en que éstas se alcanzarían sobre la marcha al desempeñar las funciones transferidas. Lo que estuvo fuera de cálculo, y lamentablemente ha ocurrido en el camino recorrido, es que los cargos de responsabilidad en el aparato estructural de la Gerencia Regional de Salud de Arequipa fueron llenados con criterios de confianza política o de relaciones de cercanía con la autoridad regional,

prescindiendo de los profesionales con experiencia y capacidad que habían servido de base para la acreditación de capacidades ante el CND. El efecto de tales designaciones fue la generación de una brecha entre los funcionarios de confianza elegidos y los profesionales y técnicos de carrera en las oficinas, que devino en una parálisis de la capacidad operativa de la Región de Salud.

¿Cómo evitar este riesgo, siempre presente en las designaciones por confianza política? Probablemente con una mayor participación de los actores sanitarios, que ya sea a través del Consejo Regional de Salud o de otras instancias, debieron plantear con firmeza la necesidad de determinados requisitos mínimos para ocupar los cargos de funcionarios del aparato regional de salud.

En conclusión, la experiencia de descentralización de la salud en Arequipa ha tenido muy pocos avances que resaltar. No todo ha sido una experiencia perdida, sin embargo. El camino recorrido ha servido sin duda para enseñar a todos los actores sanitarios qué es lo que no debe hacerse, para que en una segunda oportunidad y bajo un nuevo modelo de políticas públicas se superen las limitaciones actuales.

Lima Metropolitana: Transferencia postergada

Dr. Andrés Polo Cornejo

Lima Metropolitana alberga a la cuarta parte de la población nacional, además, es sede de las instituciones de conducción de los poderes del Estado y de las principales organizaciones económicas y sociales del país. No obstante, en esta jurisdicción los avances en transferencia de funciones sectoriales de salud desde el nivel nacional al Gobierno Metropolitano están muy por debajo de lo esperado. Es a la fecha la única jurisdicción en la que aún está pendiente la transferencia de funciones sectoriales en salud.

Pese a que el proceso de descentralización se ha abordado fundamentalmente desde el punto de vista administrativo, quedando todavía muchos aspectos por trabajar como la descentralización fiscal, el fortalecimiento de la gestión de salud, sin embargo, la necesidad de culminar la transferencia especialmente para el caso de Lima Metropolitana, es un asunto impostergable.

En este artículo analizamos algunas aristas del proceso de transferencia de las funciones de salud al Gobierno Metropolitano de Lima, según lo ocurrido en el último decenio. Esperamos contribuir al esclarecimiento y al debate en torno a un proceso como la

descentralización, que, aunque ya está instalado en la sociedad y el Estado peruanos, todavía es una causa inconclusa. Pero, además, los hechos son particularmente importantes, por estar relacionados a una jurisdicción tan grande e importante como la provincia de Lima Metropolitana.

Marco normativo

La Constitución Política del Perú¹ consagra tres niveles de gobierno: nacional regional y local; pero además establece que la capital de la república no integra ninguna región y define su carácter de régimen especial para efectos de descentralización de funciones. Por otro lado, a la Provincia de Lima, en esencia, le corresponde ser gobernada por la Municipalidad Metropolitana de Lima que cumple esta función a nivel provincial, para el conjunto de sus 43 distritos, pero a su vez ante la ausencia de un distrito del Cercado de Lima, acciona como municipalidad distrital para este ámbito. En conclusión la Municipalidad Metropolitana de Lima por su condición de régimen especial concentra funciones del gobierno regional y del gobierno local. En tanto gobierno local, detenta un conjunto de competencias exclusivas², algunas de las cuales tienen que ver con la gestión de

¹ Ver artículo Único de la Ley N° 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre Descentralización.

² Ver artículo 42° de la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.

los determinantes de la salud: protección del ambiente, promoción de la producción y el empleo, etc. ; así mismo, detenta un conjunto de competencias compartidas entre ellas la de salud pública. Adicionalmente, bajo la denominación de saneamiento, salubridad y salud³ tiene funciones clasificables en tres grandes campos sanitarios: a) salud ambiental, b) promoción y prevención, y c) atención de servicios de salud⁴.

A su vez en su condición de Gobierno Metropolitano está llamada a asumir las competencias y funciones que corresponden a un gobierno regional, se trata de aquellas 16 funciones que la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales⁵ señala. Complementariamente, para detallar con mayor precisión el contenido de estas funciones, el Ministerio de Salud definió 125 facultades⁶.

Para fines de transferencia de competencias, funciones y recursos del nivel nacional al MML en condición de Régimen Especial, está prevista la conformación de una Comisión Bipartita de Transferencia, órgano integrado por representantes tanto de la Presidencia del Consejo de Ministros como de la MML⁷. La modalidad, procedimientos y los plazos de la transferencia de funciones sectoriales los propone el órgano nacional⁸.

El 2005, el Gobierno Nacional inició la transferencia de funciones en salud a los gobiernos regionales. Entonces se comprometió a entregar 37 facultades que involucraban 13 funciones⁹. También se estableció que los ministerios, entre ellos el MINSA, debían realizar un proceso de adecuaciones administrativas y organizacionales en sus respectivos sectores para preparar la transferencia. Con ello quedó instaurado el marco dentro del cual se podía iniciar la transferencia de funciones de nivel regional a la MML.

Con el fin de posibilitar orden y racionalización en el proceso de transferencia de funciones a la MML y garantizar la normal provisión de servicios de salud en el ámbito metropolitano, el Ministerio de Salud inició el reordenamiento de los ámbitos jurisdiccionales de las direcciones de salud (DISA) de Lima Metropolitana. Para ello procedió a modificar la delimitación geográfica y la asignación poblacional de las DISA II Lima Sur, III Lima Norte y IV Lima Este y sus respectivas Red de Salud¹⁰. A continuación, se dispuso de manera complementaria otras medidas de ordenamiento¹¹ como la incorporación de algunos órganos desconcentrados hospitales y red de servicios a las DISA que mejor correspondía según criterios de razonabilidad.

³ Ver artículo 80° de la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades.

⁴ Ugarte O. "Diseño de experiencias piloto de descentralización en salud a gobiernos locales". Lima: Promoviendo Alianzas y Estrategias (PRAES), Abt Associates Inc. 2008.

⁵ Ver artículo 49 de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.

⁶ Ver Anexo 1 Funciones y Facultades (Competencias) en Salud de los Gobiernos Regionales en la Resolución Ministerial N° 566-2005/MINSA.

⁷ Ver artículo N° 69 de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales

⁸ Ver capítulo 8 de la Directiva N° 001-2007-PCM/SD "Normas para la Ejecución de la Transferencia del año 2007 a los Gobiernos Regionales y Locales , de las Funciones Sectoriales incluidas en los Planes Anuales de Transferencia", aprobada por Resolución de Secretaría de Descentralización N° 003-2007-PCM/SD.

⁹ Ver Decreto Supremo N° 052-2005-PCM.

¹⁰ Ver Resolución Ministerial N° 689-2005/MINSA.

¹¹ Ver Resolución Ministerial N° 481-2006/MINSA.



Como resultado del ciclo de transferencias iniciado el 2005, se logra completar la transferencia de las facultades en las funciones previstas a 22 gobiernos regionales en el país. No obstante, haberse evidenciado avances respecto a la adecuación administrativa y organizacional previamente señalada, la MML no participó en esa primera fase de transferencias de funciones en salud.

El 2007, se abre un nuevo ciclo de transferencia de funciones a los gobiernos regionales destinado a culminar este proceso, en este participaron 23 gobiernos regionales. Bajo este contexto, en el seno de la Comisión Bipartita se decidió la conformación de un Grupo de Trabajo encargado de elaborar las propuestas para ejecutar el proceso en lo correspondiente a la MML¹².

En Octubre de ese año, finalmente se aprobó la directiva que norma la transferencia de funciones a la Municipalidad de Lima Metropolitana¹³, en ella se establece que el proceso se realiza de acuerdo al Plan de Acción que debe aprobar la Comisión Bipartita de Transferencia en coordinación con el sector correspondiente y la MML. El Plan de Acción aprobado en marzo del 2008¹⁴, definió cuatro etapas para la transferencia de funciones a la Municipalidad, este plan ubica la transferencia de las funciones de salud en la cuarta etapa, con ello queda

señalado el bajo nivel de prioridad para la transferencia que se asigna a salud. Cabe señalar que durante este periodo, la MML no se hizo presente para acordar la modalidad, plazos ni procedimientos para la transferencia; pese a la disposición favorable reiterada por los sucesivos ministros de salud de entonces.

¿Qué se transfiere?

La transferencia de funciones necesariamente implica la transferencia de los recursos vinculados al ejercicio de dichas funciones, es decir, los recursos humanos, la infraestructura y equipamiento, recursos financieros considerados en el presupuesto público y el acervo documentario, según prevé la normativa vigente.

El aparato prestador de servicios de salud del Ministerio de Salud asentado en el ámbito de Lima Metropolitana, materia de transferencia a la MML, es el más grande del país. En su jurisdicción habitan 7 605 742 personas¹⁵, poco más de la cuarta parte de la población nacional. Para el 2007, los establecimientos de salud a ser transferidos a la MML ascendían a 365, distribuidos como sigue: 180 centros de salud, 168 puestos de salud y 17 hospitales, organizados en 9 redes de servicios de salud y 46 microrredes (ver Tabla 1).

¹² Dos productos fueron presentados por este grupo:

a) Informe Transferencia de las Funciones Sectoriales de Salud a la Municipalidad Metropolitana de Lima. Septiembre del 2007.

b) Plan de Acción para la Transferencia de las Funciones Sectoriales de Salud a la Municipalidad Metropolitana de Lima. Noviembre del 2007.

¹³ Ver inciso 5.1 de la Directiva N° 007-2007-PCM/SD, aprobada por Resolución de Secretaría de Descentralización N° 032-2007-PCM/SD

¹⁴ Ver numeral 1.3 del "Plan de Acción para la Transferencia de Funciones Sectoriales a la Municipalidad Metropolitana de Lima", aprobado por Resolución de Secretaría de Descentralización N° 022-2008-PCM/SD.

¹⁵ www.inei.gob.pe. Cifras referidas a 2007

Tabla 1. Número de establecimientos de salud, redes y microrredes, según direcciones de salud en el ámbito de Lima Metropolitana, Julio 2011

Direcciones de Salud	Redes	Microrredes	Establecimientos de salud			
			Centros de Salud	Puestos de Salud	Hospitales	Total
DISA II Lima Sur	3	18	33	80	1	114
DISA IV Lima Este	2	15	58	50	6	114
DISA V Lima Ciudad	4	13	89	38	10	137
TOTAL	9	46	180	168	17	365

Fuente: Registro Nacional de Establecimientos –RENAES
 Elaborado por: DGSP – DSS
 20.07.2010

Según reporte generado por el Ministerio de Salud, a fines del primer semestre del 2011, la población laboral asignada a estos establecimientos alcanzaban 30,613 trabajadores; de ellos, el 60% son

nombrados y 40% mantienen relación contractual en la modalidad de Contratación Administrativa de Servicios (ver Tabla 2).

Tabla 2. Número de recursos humanos según régimen laboral y direcciones de salud en el ámbito de Lima Metropolitana, Julio 2011

	Decreto Legislativo 276		Contratación Administrativa de Servicios (CAS)	Total General
	Nombrados	Contratados		
DISA II Lima Sur	3,478	0	4,101	7,579
DISA IV Lima Este	3,406	0	1,910	5,316
DISA V Lima Ciudad	11,358	7	6,353	17,718
TOTAL GENERAL	18,242	7	12,364	30,613
	60%		40%	100%

Fuente: Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

La determinación de los recursos presupuestales a ser transferidos no se precisó con exactitud, sin embargo, se puede estimar a partir del presupuesto ejecutado durante los últimos años y sobre todo del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) del 2010. Estos

recursos administrados por las DISA de Lima experimentaron un incremento progresivo en los últimos años. Partiendo de 1' 041, 921 n.s. en 2006, para 2009 este logró un incremento de 29,6% y alcanzó 1' 289, 396 n.s. en 2010 (ver Tabla 3).

Tabla 3. Presupuesto (en nuevos soles) por toda fuente de financiamiento, según direcciones de salud en el ámbito de Lima Metropolitana

Dirección de Salud	Ejecutado 2006	Ejecutado 2007	Ejecutado 2008	Ejecutado 2009	PIM 2010
DISA II Lima Sur	198,258,534	207,149,713	186,774,717	212,257,602	215,839,022
DISA IV Lima Este	190,170,658	207,566,990	291,303,925	349,869,714	335,399,398
DISA V Lima Ciudad	653,492,249	673,081,972	698,974,140	788,527,237	738,158,427
TOTAL	1,041,921,441	1,087,798,675	1,177,052,782	1,350,654,553	1,289,396,847

Fuente: Oficina General de Planeamiento y Presupuesto

Los acontecimientos recientes

A inicios del 2011, la recientemente elegida alcaldesa de la MML manifestó su voluntad de iniciar el proceso de transferencia. Seguidamente, en la MML y en el Ministerio de Salud se conformaron las comisiones^{16,17} que elaboraron concertadamente el Plan de Acción para la Transferencia de Funciones Sectoriales a la MML¹⁸. Dicho instrumento organizó la transferencia por etapas y define un conjunto de acciones a ser ejecutadas hasta el año 2013. Adicionalmente, la Comisión Bipartita “activó” la transferencia de funciones en salud al reclasificarla en el Grupo II¹⁹, con lo que formalmente se facilitaba la posibilidad de adelantar la transferencia. También fueron aprobados los requisitos específicos para la certificación de capacidades para gestionar las competencias y funciones materia de transferencia²⁰.

En Abril del 2011, el Ministerio de Salud declaró en proceso de transferencia las Direcciones de Salud del ámbito de Lima Metropolitana y sus órganos desconcentrados²¹. Dieciséis grupos de trabajo iniciaron acciones para operar la transferencia en sus diferentes aspectos. Según el Plan de Acción aprobado, la meta de la primera fase fue terminar la transferencia de las tres direcciones de salud y sus respectivas redes de servicios en Julio del 2011.

En la composición de cada uno de los grupos estuvieron nominados representantes del MINSa, de la MML y de las tres DISA. Aunque para efectos prácticos los representantes de la MML evidenciaron un escaso nivel de involucramiento, su participación efectiva que muy limitada. Finalmente, antes de que los productos de los grupos de trabajo hubiesen culminado vencieron los plazos, coincidentemente expiraba la gestión gubernamental nacional.

¹⁶ Ver Resolución Ministerial N° 041-2011/MINSA.

¹⁷ Ver Resolución de Alcaldía N° 181.

¹⁸ La Resolución de Secretaría de Descentralización N° 343-2011-PCM/SD dispone su publicación.

¹⁹ Ver Resolución de Secretaría de Descentralización N° 239-2011-PCM/SD.

²⁰ Ver Resolución de Secretaría de Descentralización N° 344-2011-PCM/SD

²¹ Ver Resolución Ministerial N° 399-2011/MINSA.

Reflexiones finales

El marco normativo para implementar acciones de descentralización de funciones en salud para la MML como instancia de nivel regional está abierto por lo menos desde hace un quinquenio. Tal como fue requerido, el Ministerio de Salud concretó un conjunto de medidas en el sentido de reordenar el aparato prestacional preparándolo para la transferencia.

Cuando a comienzos del presente año, la MML, en la voz de su titular, decidió iniciar el proceso de transferencia al Régimen Especial, en realidad se trataba de un nuevo equipo de gestión que empezaba un periodo nuevo de gobierno municipal. Mientras que en la otra vereda, en ese mismo momento, el Ministerio de Salud agotaba su periodo gubernamental con una apretada agenda de cierre.

La nueva gestión municipal al comprometerse durante su primer mes de gestión a realizar en un muy corto plazo el proceso de transferencia de un sector sumamente complejo, probablemente pecó de voluntarismo, máxime si aún no había priorizado una agenda de gestión en pleno conocimiento de las dificultades que ello suponía. Además, muchos de los funcionarios nominados para representar a la MML en los grupos de trabajo al no hacerse presente dieron clara muestra de no estar alineados con el compromiso institucional municipal.

Por su parte, la gestión ministerial

culminaba su periodo al terminar el mandato gubernamental con el desafío de completar una abigarrada agenda de cierre marcada por la premura que significaba sacar adelante líneas de trabajo o cerrar procesos definidos como estratégicos por esta gestión. Fue así que, conforme se acercaba el plazo de cierre de la primera fase, este proceso de transferencia empezó a competir con muchos otros apremios, como la implementación del aseguramiento universal, perdiendo la aparente prioridad que tuvo de inicio.

Otro factor que, adicionalmente, contribuyó a aumentar las tensiones sobre este proceso fue levantado por algunos sectores laborales que expresaron su rechazo a una supuesta “municipalización” de los servicios de salud, tergiversando el carácter de régimen especial del MML, tras estos “argumentos” se escondía la inquietud de gremios por mantener el estatus laboral logrado bajo la administración del MINSA, preocupación que no tiene sustento alguno a la luz de los antecedentes de transferencia hacia los gobiernos regionales de Lima (provincias) y del Callao, en los que el respeto a los derechos laborales fue irrestricto tanto para el personal nombrado como para el contratado.

Un asunto que añade complejidad al proceso es la fragmentación de la gestión sanitaria en tres DISA con el mismo nivel jerárquico, sin que exista un órgano regional que garantice una conducción integrada. El MINSA trata de suplir esta situación buscando establecer ciertos niveles de coordinación, distrayendo



Descentralización en Salud

esfuerzos que deberían estar dirigidos a fortalecer su rol de rectoría nacional. Por eso resulta obvia la necesidad de crear un órgano regional como uno de los pasos necesarios en la transferencia.

Finalmente

Cada vez es más patente en la sociedad peruana la necesidad de extender y profundizar la descentralización, especialmente en el ámbito de Lima Metropolitana, donde está albergado el mayor conglomerado de habitantes de

todo el país.

Advertimos que este recuento no pretende ser exhaustivo, ni libre de sesgos. Difícil dominar ambas características, cuando, en realidad, el proceso aún no ha concluido y el último capítulo transcurrido aún nos jalona el presente. Además, restan otras etapas que deben ser emprendidas corrigiendo los errores del pasado. Por eso nos animamos a escribir estas líneas con el fin de contribuir al aprendizaje colectivo trascendiendo los errores.

Descentralización del Estado o descentralización del desarrollo

Dr. Pedro Marchena Reátegui

Diversos estudios demuestran que la percepción que tenemos de la descentralización es muy amplia¹, dependiendo de nuestra condición política, económica y social, así como nuestro grado de instrucción, etc. Para la mayoría tiene una connotación positiva, la percepción es que la descentralización está ligada al progreso, al desarrollo, a la equidad, a la justicia, como el medio para aplicar nuestros derechos; para otros y otras su percepción no está claramente definida.

En este sentido, es necesario adoptar un concepto que nos permita analizar la descentralización y su significado para el Perú, reconociendo que somos médicos con formación y experiencia en salud pública, formación y experiencia que puede ser muy pequeña o muy amplia dependiendo de nuestro tránsito por los diferentes espacios de desarrollo profesional en salud pública y administración de los servicios, es así que consideraremos en primer lugar la idea que aparece en el Título IV de la Estructura del Estado, en su artículo 188° de la Constitución Política del Perú después de su reforma en el 2002², presenta una propuesta de visión del

estado peruano cuando lo conceptúa como una “forma de organización democrática y constituye una política permanente de Estado, de carácter obligatorio, que tiene como objetivo fundamental el desarrollo integral del país”. Esta visión de estado queda precisada en la Ley de Bases de la Descentralización cuando expresa que el desarrollo buscado es integral, armónico y sostenible en beneficio de la población, para lo cual se debe delimitar competencias y funciones y practicar un equilibrado ejercicio del poder por los tres niveles de gobierno³.

De acuerdo con lo enunciado, el proceso de descentralización consiste en la reestructuración del aparato de Estado en tres niveles de gobierno para alcanzar el desarrollo sostenible para todas y todos los peruanos. Reconociendo también que el espíritu de la Constitución y las leyes de la descentralización consideran que el desarrollo sostenible es aquel que garantiza las necesidades del presente sin comprometer las posibilidades de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades⁴. Lo que implica que un “buen gobierno” administra los recursos naturales de modo que se pueda

¹ Zárata Ardela, Patricia. Percepciones ciudadanas sobre el proceso de descentralización del Estado: una aproximación cualitativa.--Lima, IEP, 2002. (Documento de Trabajo 122, Serie Sociología y Política, 32).

² Constitución Política del Perú 1993, Artículo 188, reformado por la Ley N° 27680, mediante su artículo único.

³ Ley N° 27783 Ley de Bases de la Descentralización 2002. Artículo 3. Congreso de la República del Perú.

⁴ “Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Comisión Brundtland): Nuestro Futuro Común ONU. 1987”



obtener de ellos la máxima satisfacción sin poner con ello en peligro la posibilidad de las generaciones venideras de contar con esos recursos para sus propias necesidades. La idea ya no es sólo preservar, es también mejorar el medio ambiente y potenciar su aprovechamiento con miras al futuro. Asumir este concepto sobre el desarrollo que se pretende alcanzar por el proceso de descentralización plantea la solución a un problema central de la realidad nacional: Desarrollo Sostenible e Inclusión Social.

Queremos terminar con la centralización del país, aquella manera de organizarnos que llevó a dividir al Perú en dos espacios. Lima y algunas pocas ciudades y el resto del país. Lima concentrando el capital, la tecnología, los servicios y bienes públicos (salud, educación, programas sociales), trasladando el agua y energía al alcance desmesurado de su mano y el resto del país abundante en recursos naturales pero sin capital que les permita agregarle valor a estos insumos. Mientras Lima es capaz de acumular riqueza producto de la diferencia entre el valor agregado que le puede asignar a los insumos que trae del interior del país y los que pueden agregar estas localidades a sus recursos naturales. Lo cierto es que 300 años de gobierno colonial monárquico y 190 de gobierno peruano republicano le han permitido acumular riquezas a Lima y desacumular capacidades a las localidades del interior del país. En resumen como diría González de Olarte, hay una centralización política de larga data y una centralización económica determinada principalmente por la

distribución del capital y los recursos naturales sobre nuestro territorio. Lo que induce con el devenir de los años que resulte más fácil y eficiente invertir en Lima y no tanto en los demás territorios, con lo que agudizamos la inequidad e incentivamos la exclusión social⁵.

Estas aseveraciones nos llevan a reconocer claramente que el país en su conjunto está centralizado, pero que este proceso está fundamentalmente orientado a descentralizar del aparato de Estado. Lo que nos plantea la necesidad de expresar que el proceso debiera reconocer más enfáticamente que no solo se trata de descentralizar unidades administrativas y funciones fuera de Lima, se trata de descentralizar el desarrollo, de tener como norte el desarrollo sostenible de los territorios más allá de Lima. Idea que inmediatamente nos lleva a analizar la pertinencia del modelo de producción de bienes y servicios de nuestra economía. Así podemos anotar que nuestro modelo de desarrollo de concentración de capitales en ciertos espacios territoriales y uso indiscriminado de recursos no renovables, nos está llevando al daño de nuestro territorio, “En estas condiciones hemos desarrollado el patrón insustentable de urbanización, industrialización, consumo de energía y generación de residuos de los países más desarrollados, lo que ha generado influencia funesta sobre el ambiente en general, incluyendo el clima, con el calentamiento global progresivo. Los resultados son perjuicios en la producción de alimentos, desertificación, polución del aire, suelo, ríos, aguas interiores y océanos, la pérdida de

⁵ González de Olarte, Efraín, Cuadernos PNUD, Descentralización para el Desarrollo Humano en el Perú, Copyright 2003. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)



bosques y selvas y el perjuicio irrecuperable en la biodiversidad”⁶, en este sentido podemos aseverar que la estructuración de nuestros procesos económicos y la influencia globalizadora de la economía mundial estaría determinando el proceso de desarrollo integral del país, pues la economía ejerce una fuerte influencia e impacto en la situación política, cultural, social y por lo tanto sanitaria del país. Por lo tanto el proceso de descentralización no puede creerse que será el medio efectivo para lograr el Desarrollo Sostenible si se piensa que la descentralización del país pueda desarrollarse mecánicamente a partir de la descentralización del aparato estatal. Se requiere definir qué cambios se esperan y cómo se articulará con los otros actores involucrados en el quehacer económico nacional, la acción

promotora y reguladora del Estado debe hacerse patente.

Por ello, estos intentos por descentralizar el aparato de Estado de Perú en materia sanitaria podrían tener limitados efectos en la salud de la población, en tanto no sean acompañados o antecedidos por la mejora de los determinantes sociales de la salud -justamente con fuerte influencia del modelo de desarrollo centralista que actualmente opera-. A pesar de la mejora económica global de la economía peruana, el actual modelo económico de desarrollo sigue generando mayor valor agregado para lo producido en Lima que lo producido en el resto del país, cambiando de manera menos intensa los actuales niveles de inequidad existente a la fecha. Cabe anotar que la inequidad no se ha logrado revertir todavía.

Cuadro N° 01: Valores de referencia para el cálculo del Índice de Desarrollo Humano Distrital 2007

Indicador	Valor máximo	Valor mínimo
Esperanza de vida al nacer (años)	85	25
Tasa de alfabetismo de adultos (%)	100	0
Tasa de escolaridad de 5 a 18 años (%)	100	0
Ingreso familiar per cápita (S/. Mes)	2100	35

Elaboración: PNUD / Unidad del Informe sobre Desarrollo Humano, Perú

⁶ Buss, Paulo. “Globalización, Pobreza y Salud”, “Premio Conferencia Hugh Rodman Leavell(a)” . Tomado de “Salud Colectiva, Buenos Aires, 2(3): 281-297, Septiembre - Diciembre, 2006)

⁷ Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2009: Por una densidad del Estado al servicio de la gente. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Oficina del Perú 2009.



Cuadro N°02 Perú: Población, IDH e IDE, según regiones naturales, 2007

Regiones	Población		IDH		IDE		Número de provincias
	Habitantes	%	Índice	Ranking	Índice	Ranking	
PERÚ	27,412,157	100.0	0,6234	-	0,7117	-	195
Chala o Costa	14,371,424	52,4	0,6643	1	0,8199	1	33
Yungay bajo y medio	507,735	1,9	0,6426	2	0,7657	2	7
Yunga alto	713,146	2,6	0,5597	9	0,5404	8	9
Quechua bajo	3,517,665	12,8	0,5838	4	0,6422	3	38
Quechua alto	2,822,986	10,3	0,5781	6	0,6190	4	47
Suni	1,737,144	6,3	0,5650	8	0,5870	6	22
Puna	254,850	0,9	0,5766	7	0,5894	5	3
Selva baja	2,097,761	7,7	0,5940	3	0,5572	7	24
Selva alta	1,389,446	5,1	0,5807	5	0,5256	9	12

Fuente: Base de datos REDATAM Censos Nacionales 2007: XI de población y VI de vivienda. INEI.
Elaboración: PNUD/ Unidad del Informe sobre Desarrollo Humano. Perú.

La densidad del Estado en el Perú se estima con base en una canasta de servicios básicos e ineludibles que aquél debe garantizar a todos sus ciudadanos y ciudadanas, como plataforma mínima para que puedan aspirar al desarrollo humano. Esta estimación al año 2007 mostró lo siguiente: (1) una preocupante desigualdad territorial de la presencia de ese Estado mínimo, tanto a nivel departamental como provincial; y (2) como correlato, la existencia en el país de lugares donde persisten brechas intolerables, aún en esos servicios básicos e ineludibles que componen el IDE, las que se debieran superar⁸.

Se muestra en general la correlación, que a mayor densidad de Estado, mayor Índice de Desarrollo Humano.

Analicemos lo que ocurre en salud, entre el 2008 y el 2009 se culminó la transferencia de competencias y funciones de salud a los gobiernos regionales, así como algunos fondos que aún no se habían transferido a los

gobiernos regionales (el ámbito de la Municipalidad Metropolitana, aún no recibe estas competencias y funciones en este caso comprende personal, establecimientos de salud y presupuesto. Y el resto de sectores también tiene un avance similar. Pero ocurre que tras 500 años de supremacía de Lima, esta ciudad concentra la mayor cantidad y quizá hasta calidad de la oferta de universidades, institutos tecnológicos, centros educativos, servicios públicos y privados (transportes, saneamiento, limpieza pública, etc.), energía eléctrica, telefonía, internet (otros medios de telecomunicación, ancho de banda, etc.), la mayor oferta privada (banca, clínicas, restaurantes, hotelería, centros culturales y de diversión, etc.). Es decir la presencia estatal y privada es mucho más intensa en Lima que en cualquier otra parte del territorio nacional. (Esto no nos puede hacer olvidar ciertos bolsones de pobreza existentes en Lima). Pero la demanda está distribuida de otra manera, no existe un correlato entre la oferta de servicios públicos y privados producidos

⁸ Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2009: Por una densidad del Estado al servicio de la gente. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) Oficina del Perú 2009.

y la demanda de los mismos cuando se lo analiza territorialmente. Por ejemplo en el proyecto de Presupuesto Público 2012 está previsto utilizarse cerca de 47,834 millones de nuevos soles en Lima y 47,699 millones de nuevos soles en el resto del país⁹, Lima representa el 31.18% de la población del Perú¹⁰. Y todo esto por lo explicado en párrafos anteriores: la centralización de nuestro modelo económico de desarrollo.

Una respuesta tecnológica, sería realizar este balance oferta demanda y

determinar ¿cuánto costaría? y en ¿qué tiempo? se lograría darles las mismas oportunidades de atención a la población de Lima como a la del interior del país. ¿Y quién le dice a los ancianos, adultas, adolescentes y niños de Huancavelica que observamos que hay una escasa presencia pública y privada del Perú en su territorio y que para dentro de 100 años probablemente tengan las mismas oportunidades de desarrollo de Lima?, ¿Estaremos dispuestos a asumir el reto de hablar y de cumplir?

Cuadro N° 03: Distribución del Proyecto de Presupuesto Público 2012 por departamento de los niveles de gobierno

	Perú		Lima		Huancavelica	
	Número	%	Número	%	Número	%
Población	30,135,875	100	9,395,149	31.18	483,580	1.60
Presupuesto Público (Nuevos soles)	95,534,635,146.00	100	47,834,635,428.00	50.07	1,090,696,372.00	1.14
Nuevos soles por habitante	3,170.13		5,091.42		2,255.46	

Fuente: Formulación del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2012. Distribución Institucional del Gasto por Ámbito Regional. Consolidado Sector Público – Consolidado. 27/08/2011 18:53:39. FPR97A4N.

Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025. Boletín Especial N°22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Noviembre 2010.

La tarea es difícil, la población que generó expectativas de cambio y comenzó a creer en la nueva conducción del país, las comienza a perder rápidamente. Es necesario hablar sin medias tintas, de no cambiar temas centrales del proceso de descentralización –el desarrollo sostenible, el rol promotor del Estado para un desarrollo económico que incluya a los territorios fuera de Lima-,

lo que se pueda avanzar con la descentralización estatal será muy poco. Si no logramos el desarrollo sostenible sobre todo el territorio nacional y si no actuamos sobre los determinantes de la salud de manera diferenciada de acuerdo al territorio, nuestro impacto en la salud de la población seguirá teniendo mejores resultados en Lima y no en el resto del país.

⁹ Formulación del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2012. Distribución Institucional del Gasto por Ámbito Regional. Consolidado Sector Público – Consolidado. 27/08/2011 18:53:39. FPR97A4N. http://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publico/sectr_publico/proye_2012/Anexos/DistGeoGobiernos.pdf

¹⁰ Perú: Estimaciones y Proyecciones de Población Departamental por Años Calendario y Edades Simples 1995-2025. Boletín Especial N°22. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Noviembre 2010.





Al servicio de todos los Médicos del Perú

Fondo Editorial Comunicacional

*Estimulando la publicación médica
nacional de nuestros colegiados*

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú
www.cmp.org.pe



El proceso de descentralización de la salud: Ensayo de un médico para médicos y no médicos¹

Dr. Wilfredo Solís Tupes

1. Introducción

El tema es sumamente extenso, la bibliografía también, pero la complejidad de la realidad peruana en sus dimensiones políticas, sociales, económicas, fiscales, administrativas, ambientales hacen de su abordaje un riesgo inminente de perdernos en aspectos filosóficos y políticos poco conocidos y más aún poco comprendidos.

Los médicos, y también otras profesiones de la salud, tenemos la capacidad y habilidad para hacer diagnósticos, dar tratamientos y realizar buenas evaluaciones, pero hay que recordar que esto lo hacemos sobre problemas mayormente estructurados y no sobre problemas inestructurados; es decir nuestras competencias se ven restringidas ante problemas multidimensionales, multifactoriales y multirrelacionales; esto explica, en gran parte la situación de salud actual de los peruanos: la gran cantidad de población excluida de los servicios de salud, la elevada prevalencia o incidencia de una

mezcla de enfermedades crónico degenerativas combinada con enfermedades infectocontagiosas, las elevadas tasas de enfermedades carenciales (desnutrición, anemia, hipovitaminosis, sobre peso y obesidad, etc.); además con grandes déficits de oferta de servicios de salud, hospitales colapsados en aparente abandono con tecnología hospitalaria obsoleta, con un retraso no menor de 25 años; el personal de salud con remuneraciones por debajo de los estándares de calidad de vida.

La descentralización de la salud como política o como instrumento de la gerencia pública no se ha propuesto para enfrentar en forma directa los problemas antes señalados, no existe una relación de causa y efecto² entre el centralismo y los determinantes de los procesos de salud y enfermedad, al menos no hay estudios o investigaciones al respecto, por lo tanto la descentralización no explica por sí sola la mejora o deficiencia de las condiciones de la salud de las personas, no resuelve las inequidades y la exclusión³.

¹ Este artículo es el germen de un análisis más exhaustivo sobre el proceso de descentralización en el Perú a ser publicado próximamente.

² Esto aplica para variables unidireccionales y no para variables multidimensionales.

³ Artaza O. 2006. Descentralización y Salud. Una experiencia de dos décadas. Ministerio de Salud de Chile. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas de la Universidad de Chile. Presentación en Seminario Internacional de Descentralización de la función salud a nivel local. Octubre 2006, Lima Perú.



Entonces, ¿cómo explicamos que se hace muy necesario implementar el proceso de descentralización de la salud y los de muchos otros servicios públicos?, ¿qué avances se han tenido en el proceso de descentralización de la salud? y ¿Cuáles son las bases que debe tener la nueva hoja de ruta en esta siguiente etapa del proceso de descentralización de la salud?

2. Elementos conceptuales, metodológicos e instrumentales del proceso de descentralización

2.1 Marco Conceptual

La descentralización tiene dos formas de abordarse: desde las ciencias administrativas o desde las ciencias sociales y políticas.

Entender la descentralización desde las ciencias administrativas significa hacer una visita a la técnica de la departamentalización, la cual se puede estudiar en grandes libros de la Teoría General de la Administración como los de Stoner James, Mintzberg Henry, Drucker Peter, Hermida y Serra y otros autores de administración general. Aquí la descentralización es una herramienta pura del campo organizacional.

Pero el estudio de la descentralización, la que cada ser humano debe saber, realmente partió de las ciencias sociales y las ciencias políticas, de la evolución de las grandes organizaciones que ha tenido la humanidad

como la iglesia católica, los Estados-Nación y los ejércitos.

El ser humano como individuo solitario está condenado a la extinción, sin embargo como grupo humano está facultado para vencer la naturaleza y ser la creación perfecta. Desde los inicios de su historia siempre ha estado en juego el dilema de lo que es primero el grupo o el individuo, este dilema de lo común o lo individual viene desde la filosofía de Aristóteles⁴: “Las agrupaciones se organizan con miras al bien; porque el hombre obra siempre con el fin de lograr lo que cree bueno”. La forma como la “esfera común” se organiza es lo que explica el nacimiento de la “sociedad”.

La sociedad ha evolucionado históricamente, hasta ser el sujeto que entre otras complejidades da origen a la “soberanía⁵”, por eso Rousseau dice: “el único soberano es el pueblo, el colectivo o la sociedad”. La soberanía es el poder absoluto y perpetuo de una república. La República es el recto gobierno de varias familias y de lo que les es común con poder soberano⁶. La Sociedad se puede definir como un conjunto de subsistemas políticos, económicos, socioculturales y ambientales, entre estos subsistemas se encuentra la esfera pública y la esfera individual o privada⁷.

Es posible inferir que la sociedad no ha sido generada por el Estado, ni

⁴ Aristóteles. La Política, 323 A.C. Editores Mexicanos Unidos S. A. México, 2006; pp 9-11.

⁵ Rousseau, Jean-Jacques. El contrato social o Principios de derecho político. Clásicos del Pensamiento⁵⁴. Tecnos. Madrid. 2002. Libro I, Libro II Caps. I,II,II, IV Y Libro IV, Caps. I,II, III.

⁶ Bodino, Juan. Los seis libros de la República. En: Botella, Juan; Cañeque, Carlos y Eduardo Gonzalo (eds). El pensamiento político en sus textos: De Platón a Marx. 1era. ed. 5ta reimpresión. Madrid. Tecnos, 1998. pp.134-141

⁷ Adaptado de Sinesio López, 2009. Estado y Sociedad Civil. Curso Teoría del Estado. Escuela de Gobierno de la PUCP

tampoco el Estado es un resultado natural del desarrollo del sistema social⁸. La pregunta que sigue es ¿qué son los Estados?: Los Estados son organizaciones con poder coercitivo y poder de capital, que son diferentes a los grupos de familia o parentesco y que en ciertas cuestiones ejercen una clara prioridad sobre cualquier otra organización dentro de un territorio⁹; Estados que gobiernan regiones múltiples y contiguas, así como sus ciudades por medio de estructuras diferenciadas y autónomas.

La autonomía del Estado se entiende desde dos puntos de vista, a su interior¹⁰, que implica el control de los recursos estatales, con estructuras efectivas, con control del territorio y funcionarios calificados. También se entiende hacia el exterior¹¹, en la construcción de su relación con otros Estados.

Los Estados tienen como fin último el “bien común”, ello y nada más que ello provee la política, el poder soberano, su autoridad moral y su legitimidad¹². Por “bien común”, se entiende el conjunto de aquellas condiciones de la vida social que permiten a los grupos y a cada uno de

sus miembros conseguir más plena y fácilmente su propia perfección¹³.

Otro importante concepto asociado al Estado es el de subsidiariedad, cuyo origen procede de la palabra “subsidium”, que era un método de organización militar; una línea de tropa que permanecía en alerta, por detrás del frente de batalla, dispuesta a dar auxilio en caso de debilidad¹⁴.

La subsidiariedad considera: a) para el esfuerzo propio, una responsabilidad propia; b) la obligación de las comunidades mayores a prestar subsidio sólo cuando el esfuerzo propio no es suficiente¹⁵. La aplicación práctica mejor desarrollada de este concepto lo ha hecho la Unión Europea: La unión intervendrá sólo en caso de que, y en la medida en que, los objetivos de la acción pretendida no puedan ser alcanzados de manera suficiente por los Estados miembros, ni a nivel central ni a nivel regional y local, sino que puedan alcanzarse mejor, debido a la dimensión o a los efectos de la acción pretendida, a escala de la Unión¹⁶. También algunos autores la definen como la solidaridad entre desiguales¹⁷.

⁸ Hintze, Otto. The state in historical perspective. En: Bendix, Reinhart (edit). State and Society. University of California Press. Berkeley. 1973.

⁹ Tilly, Charles. 1990. Coerción, capital y los Estados europeos, 990-1990. Alianza Editorial. Madrid. Cap. 1.

¹⁰ Theda Skocpol. 1979. Los Estados y las Revoluciones Sociales. Un Análisis Comparativo de Francia, Rusia y China, FCE, México, pp. 502.

¹¹ Poulantzas, Nicos. 1974. Poder político y clases sociales en el Estado capitalista. México. Siglo XXI. México.

¹² Stepan Alfred. 1978. The State and Society Peru in Comparative Perspective. Chap 1. University Press. Princeton, New Jersey.

¹³ Jorge A. Palma. 2009. <http://arvo.net/doctrina-social-de-la-iglesia-dsi/bien-comun/gmx-niv895-con11777.htm>.

¹⁴ Gaudin Stéphane. 2004. <http://www40.brinkster.com/celtiberia/subsidiariedad.html>.

¹⁵ Ockenfels Wolfgang. 2010. Manual de Doctrina Social Cristiana. En Mendoza Ruiz. 2010. El Principio de Subsidiariedad en la Evaluación del Federalismo Mexicano. Instituto de Administración Pública del Estado de México, A.C. Toluca, México. Pp 17-24.

¹⁶ La Unión Europea firma Tratado de Lisboa. 2007. <http://www.dw-world.de/dw/article/0,,3048016,00.html>.

¹⁷ Cardenal Joseph Höfner. 2001. Doctrina Social Cristiana, Barcelona, Empresa Editorial Herder S. A., p. 53.



La solidaridad¹⁸ tiene como punto de partida la “idea genérica de conexión e interdependencia mutua entre los hombres y subordinación a un todo social con relación al fin de este mismo todo y también la cooperación positiva para este fin, que mediatamente contribuye a la felicidad de cada uno en particular”. Aplicada esta idea general a la organización territorial del Estado y la Sociedad, puede apreciarse la existencia de una gran pluralidad de entidades como los Gobiernos Regionales o las Municipalidades, que se encuentran relacionadas por vínculos de conexión e interdependencia mutua, subordinada a un todo (Estado), que tiene un fin común, el interés o bienestar general.

Tanto la subsidiariedad como la solidaridad son conceptos ligados al “bien común” y por lo antes señalado tienen una influencia directa en las condiciones de vida de las personas.

Considerando que el Derecho está relacionado a las Ciencias Políticas y es en el campo jurídico donde se argumenta y justifica la descentralización, ahora en esta fase prefinal del marco conceptual del proceso de descentralización, debemos presentar tres conceptos básicos: El Estado Unitario, la Descentralización y el Dilema de la Santísima Trinidad.

Donde se encuentra el argumento jurídico de la descentralización es en nuestra carta magna, es decir en la Constitución Política del Perú, y sin

adentrarnos a un análisis constitucional de la descentralización ya que de las 12 constituciones, 10 de ellas tienen el mandato constitucional de implementar la política de descentralización en el Perú¹⁹, viene a ser el punto central de referencia de porqué hacer descentralización o porqué se tienen que descentralizar los servicios públicos y dentro de ellos los servicios de salud.

En la Constitución Política de 1993, se señala que el Estado Peruano es uno e indivisible, con un gobierno unitario, representativo y descentralizado (Art 43°). Que la descentralización es una forma de organización democrática y constituye una política permanente de Estado, de carácter obligatorio, que se realiza por etapas, en forma progresiva y ordenada (Art 188°). El territorio de la República está integrado por regiones, departamentos, provincias y distritos, en cuyas circunscripciones se constituye y organiza el gobierno a nivel nacional, regional y local, en los términos que establece la Constitución y la ley, preservando la unidad e integridad del Estado y de la Nación (Art 189°). Lo anterior nos enfrenta al Dilema de la Santísima Trinidad, la cual se origina de relacionar el Art 43° con el Art 189°, en el primero se dice que el Estado es UNO, en el segundo se dice que se organiza en Gobierno Nacional, Regional y Local, o sea la disyuntiva viene en ser UNO y TRES a la vez, un solo Estado con tres niveles de gobierno.

¹⁸ Alonso de Antonio JA. 1984. El Principio de Solidaridad en el Estado Autonomico sus manifestaciones jurídicas. Revista de Derecho Político; 21: 49. Tomado de <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Derechopolitico-1984-21-4CC1A2C7/PDF>, 20.10.2011.

¹⁹ Planas Silva Pedro. 1998. La Descentralización en el Perú Republicano (1821-1998). Municipalidad Metropolitana de Lima. Consejo Provincial de Lima. P. 44-48.



El proceso de descentralización debe estar orientado, entre otras razones, a reducir las inequidades e ineficiencias en la provisión de servicios en concordancia con los principios de inclusión social, solidaridad interregional, subsidiariedad y concertación y consenso social²⁰.

En salud, frecuentemente la descentralización se define²¹ como la transferencia de autoridad o la reasignación de poder en las áreas de planificación, gestión y toma de decisiones del nivel nacional al regional o local. Entraña un acto legal permanente e irreversible mediante el cual una organización periférica o de nivel inferior recibe una responsabilidad y los recursos para ejercerla con autonomía política y gerencial. Hay dos tipos de descentralización:

- **La descentralización sectorial o institucional** ocurre cuando se proporciona un servicio público o social completa o parcialmente por parte de una agencia descentralizada con respecto al nivel central del gobierno.
- **La descentralización geográfica o territorial** ocurre cuando las responsabilidades y recursos los transfiere el nivel nacional a departamentos o municipios de nivel más bajo. A menudo se considera que la descentralización geográfica es una forma más auténtica de descentralización y la

descentralización sectorial o institucional es considerada con frecuencia como “desconcentración”.

La descentralización, tanto sectorial como territorial, es un objetivo común de la reforma del sector salud en América Latina y sirve a los objetivos más amplios de mejorar la calidad, la equidad y la eficiencia de los servicios públicos y sociales. La descentralización también sirve para mejorar la gobernabilidad y para aumentar la democratización y la participación social.

La descentralización es la transferencia de autoridad y responsabilidad de las funciones públicas de un gobierno nacional a uno regional o local o a instituciones autónomas²². Otra clasificación frecuente de la descentralización es: Política, Fiscal y Administrativa.

Descentralización Política: Implica el proveer a los ciudadanos o sus representantes el poder de la toma de decisión pública, en particular a través de los procesos democráticos. Detrás de los argumentos para la descentralización política, está el asumir “que las decisiones tomadas con la mayor participación serán mejor informadas y más relevantes a los diversos intereses de la sociedad que cuando se hace sólo por las autoridades políticas nacionales. Ello implica que los ciudadanos

²⁰ MINSA: Hoja de Ruta para la Descentralización de la Función Salud. Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud. Marzo 2005.

²¹ Van Zanten, Tisna Veldhuyzen y Cristina Semidei. Evaluación de la Descentralización del Sector Salud en Paraguay. Informe Técnico No. 1. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc. Enero 1996.

²² Hutchinson, Paul L. and Anne K. LaFond. September 2004. Monitoring and Evaluation of Decentralization Reforms in Developing Country Health Sectors. Bethesda, MD: The Partners for Health Reformplus Project, Abt Associates Inc.



conozcan a sus representantes políticos y los representantes políticos conozcan mejor las necesidades y deseos de sus electores.

Descentralización Fiscal: se refiere al control de los Gobiernos Regionales o Locales sobre los recursos financieros, en términos de las asignaciones del gasto o de la generación de impuestos. Mucha de la literatura en la descentralización fiscal se centra en la naturaleza de transferencias intergubernamentales, y diferencias para generar capacidades o niveles de ingresos. En salud los sistemas descentralizados siguen siendo generalmente dependientes de las transferencias del gobierno nacional.

Descentralización Administrativa: Es la transferencia de la responsabilidad del planeamiento, presupuestos y ciertas funciones públicas de manejo del Gobierno Nacional y sus dependencias. Diversas subcategorías de la descentralización administrativa se definen con frecuencia, basada en las instituciones o las agencias a quienes se transfiere las responsabilidades.

Los procesos de descentralización implican un desarrollo gradual, en el cual se identifican tres etapas:

- **Desconcentración**, es la forma más débil de descentralización, implica la transferencia de la

autoridad y de la responsabilidad de un Ministerio de Gobierno Nacional a las oficinas regionales dentro del mismo Ministerio.

- **Delegación**, implica la transferencia de responsabilidades de las dependencias centrales a las entidades regionales o locales que funcionan independientemente o semi-independientemente desde el Gobierno. (Rondinelli et al.1983; Rondinelli 1999; Brinkerhoff y Leighton 2002).
- **Transferencia**, implica el traslado de responsabilidades del Gobierno Central a niveles más bajos sub nacionales que han sido autorizados por las normas respectivas.

Conocido el contexto de la descentralización, es pertinente identificar sus componentes o ejes, que los autores llaman dimensiones del proceso. Como proceso multidimensional comprende varias dimensiones: económica, social, ambiental, de conocimiento e institucional²³. Otra clasificación muy utilizada en la mayoría de la literatura sobre descentralización, focaliza su atención en la descentralización administrativa, la cual concierne a las políticas públicas, administración y finanzas. Hay tres tipos de descentralización administrativa: desconcentración, devolución y la delegación²⁴. En el Perú, hemos utilizado mucho la desconcentración, más no la devolución o delegación.

²³ Dammert , Manuel. 2003. La Descentralización en el Perú a inicios del Siglo XXI: de la reforma institucional al desarrollo territorial. Volumen I. Naciones Unidas. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). Santiago de Chile.

²⁴ Rondinelli Dennis and Nellis John. 1986. "Assessing Decentralization Policies: A Case for Cautious Optimism," Development Policy Review IV, 1 , p. 5.

2.2 Marco Metodológico e Instrumental

No da en este ensayo el espacio y tiempo para desarrollar el marco metodológico e instrumental de las dimensiones más importantes del proceso de descentralización: Política, Administrativa, Fiscal y Económica²⁵.

En la dimensión administrativa, por su íntima relación con la descentralización de los servicios de salud, se hace necesario analizar el método utilizado para ejecutar la entrega de competencias y funciones a los niveles subnacionales regionales ya que para el nivel local no se han traspasado funciones.

La transferencia de Funciones Sectoriales a los Gobiernos Regionales incluidas en un Plan Anual de Transferencia, conforme lo normado por la Ley de Bases de Descentralización y la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, se realizó de conformidad con el procedimiento que a continuación se detalla:

- El MINSA remitió a los Gobiernos Regionales y a la Secretaría de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros, copia de la Resolución Ministerial que conformó la Comisión Sectorial de Transferencia; a efectos de que la Secretaria de Descentralización verifique y reenvíe las mismas a los respectivos Gobiernos Regionales.

- Los Gobiernos Regionales remitieron al MINSA y a la Secretaría de Descentralización, copia de la Resolución Ejecutiva Regional que conformó cada Comisión Regional de Transferencia; a efectos de que la Secretaria de Descentralización verifique.
- La transferencia de las Funciones Sectoriales están sujetas a las siguientes etapas del Proceso:
 - i) Compromiso de Cumplimiento de Requisitos Generales y Definición de Requisitos Específicos Mínimos, ii) Certificación, iii) Acreditación y iv) Efectivización. Antes de la etapa de Certificación, fue posible dar inicio a la firma e implementación del Convenio Marco Intergubernamental que se propuso para facilitar la transferencia.
- i) Compromiso de cumplimiento de Requisitos Generales y Definición de Requisitos Específicos Mínimos

Compromiso de Cumplimiento de Requisitos Generales: Los Gobiernos Regionales, mediante Resolución Ejecutiva Regional, previo Acuerdo del Consejo Regional, se comprometieron a dar cumplimiento a lo señalado en los Requisitos Generales (Artículo 7° de la Ley 28273, Ley del Sistema de Acreditación).
Definición y Aprobación de Requisitos Específicos: El MINSA propuso a la Secretaría de

²⁵ Carranza y Tuesta. 2004. "Devolución de poderes políticos, económicos y administrativos a los órganos de GL y GR". En: Economía y Sociedad 53, CIES.



Descentralización de la PCM, los requisitos mínimos que solicitaron a los Gobiernos Regionales. Los Requisitos Específicos fueron de preferencia de dos tipos:

- a) Formación y capacitación de recursos humanos.
- b) Documentos técnico normativos de gestión.

Los Requisitos Específicos elaborados por el MINSA en coordinación con la Secretaría de Descentralización, fueron aprobados por la norma correspondiente y publicada en el diario oficial El Peruano.

Convenios Marco Intergubernamentales: El MINSA pudo suscribir Convenios Marco Intergubernamentales que, además de incluir acciones de cooperación, consideraron acciones de colaboración y coordinación, con los Gobiernos Regionales, para la ejecución de los programas de capacitación y asistencia técnica, así como para el apoyo material y técnico que facilitarían la certificación. Los Convenios ayudaron a la facilitación y acompañamiento del Proceso de Transferencia y el respectivo desarrollo estratégico y operativo de las funciones sectoriales transferidas, convirtiéndose en un mecanismo continuo y permanente en concordancia con lo establecido en el Artículo 49° de la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización.

ii) La Certificación, es la etapa del proceso que incluyó dos actividades:

- a) Informe Situacional del MINSA: Contiene como conclusión que uno o más Gobiernos Regionales están aptos o por potenciar, para ejercer las funciones por transferir y cumplir con los requisitos exigidos. Los casos que requieran una precisión especial, por parte del sector, pudieron presentarse individualmente.
- b) Informe Situacional del Gobierno Regional: Contiene como conclusión estar apto o por potenciar, para ejercer las funciones por transferir y cumplir con los requisitos exigidos.

Los informes Situacionales fueron suscritos por el Vice Ministro de Salud como Presidente de la Comisión de Transferencia Sectorial y los Gerentes Generales Regionales.

Conforme a lo establecido en el numeral 4) del artículo 2° del Decreto Supremo N° 036-2007-PCM, la opinión favorable de la Secretaría de Descentralización se realizó mediante un Informe de Concordancia, el cual tomó en cuenta las conclusiones de los Informes Situacionales antes mencionados.

Para efectos de certificar el cumplimiento de los requisitos específicos, en caso de discordancia

entre los Informes Situacionales antes mencionados, se pudo considerar, adicionalmente a los recursos con que cuenta el Gobierno Regional, los recursos humanos, materiales, de infraestructura, normativos y otros asociados con la función a transferir, que el MINSA y/o los Organismos Públicos

Descentralizados tengan disponibles en el ámbito nacional o regional.

Según la Matriz de Aptitud, que se señala a continuación, pudieron darse 4 casos distintos, dependiendo de la conclusión de los Informes Situacionales

MATRIZ DE APTITUD²⁶

NIVEL	GOBIERNO REGIONAL		
	GOBIERNO REGIONAL	APTO	POR POTENCIAR
GOBIERNO NACIONAL	GOBIERNO REGIONAL	<p>Caso 1</p> <p>Se procede a la Acreditación y se ejecutan acciones de cooperación, de conformidad con el Convenio Marco Intergubernamental.</p>	<p>Caso 2</p> <p>Convenio Marco Intergubernamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acciones de Cooperación - Actividades de Coordinación
	GOBIERNO REGIONAL	<p>Caso 3</p> <p>Convenio Marco Intergubernamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acciones de Cooperación - Acciones de Colaboración 	<p>Caso 4</p> <p>Convenio Marco Intergubernamental:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acciones de Cooperación - Acciones de Colaboración - Acciones de Coordinación

iii) La Acreditación, fue realizada por la Secretaría de Descentralización de la PCM, al encontrarse una concordancia entre las conclusiones de los Informes Situacionales del MINSA y el Gobierno Regional respectivo. En tal caso, pudo ser declarado como Acreditado y, por lo tanto, apto para recibir la función sectorial en

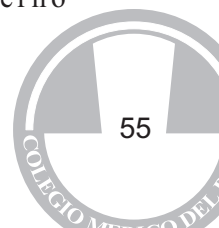
proceso de transferencia. La acreditación se formalizó a través de resoluciones de rango directoral.

iv) La efectivización de la transferencia de las Funciones Sectoriales y sus correspondientes recursos presupuestales, personal, bienes y acervo documentario, a

²⁶ Directiva N° 001-2007-PCM/SD: "Normas para la Ejecución de la Transferencia del año 2007 a los Gobiernos Regionales y Locales, de las Funciones Sectoriales incluidas en los Planes Anuales de Transferencia", aprobada mediante la Resolución de Secretaría de Descentralización N° 003-2007-PCM/SD, publicada en el Diario Oficial El Peruano el 18 de mayo de 2007.

los Gobiernos Regionales acreditados, se realizó de conformidad con el procedimiento siguiente:

- a) La Secretaría de Descentralización notificó al MINSA, las Resoluciones de Secretaría, indicando el detalle de las funciones específicas a ser transferidas a cada uno de los Gobiernos Regionales.
- b) La Comisión Sectorial de Transferencia, conjuntamente con las Comisiones Regionales de Transferencia y con la participación de las Direcciones Regionales Sectoriales, en los casos que resulte pertinente, realizaron el ordenamiento administrativo, técnico y legal de los activos y pasivos vinculados a la transferencia de las Funciones Sectoriales, y el saneamiento a que hubiere lugar.
- c) La Comisión Sectorial de Transferencia elaboró las Actas Sustentatorias y los Informes Finales de lo actuado, los mismos que fueron remitidos a las Comisiones Regionales de Transferencia, para su suscripción. Las Actas Sustentatorias fueron suscritas por los miembros de las Comisiones Sectoriales y Regionales de Transferencia y/o por los responsables de sus respectivas Subcomisiones, en tanto que los Informes Finales fueron suscritos por el Vice Ministro de Salud como Presidente de la Comisión Sectorial y los Gerentes Generales como Presidentes de las Comisiones Regionales de Transferencia.
- d) El MINSA y los Gobiernos Regionales, a través de sus respectivas Comisiones de Transferencia, sectorial y regionales, fueron responsables de elaborar las Actas de Entrega y Recepción de las Funciones Sectoriales y de los recursos vinculados a éstas, a través de las cuales se efectiviza la transferencia.
- e) Las Actas de Entrega y Recepción fueron suscritas por los Titulares Ministeriales y de los Gobiernos Regionales, o por quienes éstos les delegaron, mediante los dispositivos legales correspondientes. Para la suscripción de las Actas de Entrega y Recepción, el Gobierno Regional envió copia fedateada, al Ministerio respectivo y a la Secretaría de Descentralización, de las Ordenanzas Regionales, mediante las cuales se aprobaron los documentos que sustentaron el cumplimiento de los requisitos generales exigidos.
- f) El MINSA elaboró el expediente en dos (02) originales de igual contenido y valor, uno de las cuales fue remitido al Gobierno



Regional, al concluir el proceso de efectivización de la transferencia de las Funciones Sectoriales. Una (01) copia fedateada fue remitida a la Secretaría de Descentralización de la PCM, para conocimiento y fines.

- g) El MINSA emitió la respectiva Resolución Ministerial que formalizó la transferencia de las Funciones Sectoriales, especificando cada una de las funciones establecidas en la Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales. Al incluir recursos, gestionó, además, el respectivo Decreto Supremo de aprobación de la transferencia de recursos financieros. Estas normas fueron publicadas en el diario oficial El Peruano.

El MINSA en coordinación con la Secretaría de Descentralización, propuso los indicadores de gestión del proceso de transferencia, los cuales han formado parte de los Convenios de Gestión.

Entre el 2005 y el 2010 inclusive, del total de 26 Gobiernos Regionales, excluyendo a la Municipalidad Metropolitana de Lima, 25 Gobiernos Regionales han recibido las funciones señaladas en el Art 49° de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales adicional a las unidades desconcentradas (redes, microrredes, hospitales regionales o provinciales, centros materno

infantiles, centros y puestos de salud, etc), en conjunto han recibido más de 470.8 millones de nuevos soles²⁷, sin considerar los presupuestos que ya venían recibiendo anualmente como entidades desconcentradas.

2.3 Las funciones en materia de salud para los Gobiernos Regionales

Una mirada rápida a las funciones establecidas en el Art 49° de la Ley N° 27867 Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, plantea las siguientes reflexiones:

- El conjunto de las funciones no responde a un modelo de organización sanitaria, pues se desconoce el marco teórico conceptual que tuvo como punto inicial para generar éstas funciones. Lo que si debe quedar claro es que los objetivos de una organización determinan las funciones y la estructura respectiva.
- Si tuviéramos que relacionar las funciones con un modelo clásico de organización, tipo muñeco normativo²⁸; se identificarían cuatro grupo de funciones:
 - * Dirección : a, b, o
 - * Asesoría : d, f
 - * Apoyo : m
 - * Línea : c, e, g, h, j, k, n
- Algunas de las funciones como la f y g, pueden tener similares interpretaciones (organizar los niveles de atención es lo mismo que decir organizar los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación).

²⁷ Fuente: Secretaría de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros. Agosto 2011.

²⁸ Según Escuela Neoclásica de la Administración Tradicional en HERMIDA, Jorge - SERRA, Roberto. 1993. "Administración y Estrategia" - Ed. Macchi.



- Sin embargo un mejor diseño de las funciones pudo haberse basado en los nuevos roles de gobierno que deben tener las regiones, sobre la base de un alineamiento con la reforma del estado:

- * Rol de regulación o normatividad
- * Rol de financiador
- * Rol de prestador o ejecutor

Estas no han sido limitaciones insalvables, lo que ha permitido continuar con el proceso de transferencia de funciones; un buen intento fue el planteamiento de las facultades como una forma de acotar el significado de las funciones en materia de salud.

2.4 Las funciones en materia de salud para los Gobiernos Locales: Experiencias Piloto de Salud

Mucho se ha escrito en los últimos años sobre la Descentralización Local de la Salud, es decir sobre la transferencia de funciones a las Municipalidades Provinciales y Distritales.

Mediante el Decreto Supremo 077-2006-PCM, se dispuso iniciar a partir del 01 de enero del 2007, el proceso de descentralización de la “Gestión de la Atención Primaria de Salud a las Municipalidades Provinciales y Distritales” por medio de planes piloto en los departamentos del país.

Destacaron las experiencias locales de la Municipalidad Distrital de San Jerónimo, Apurímac; la Municipalidad Distrital de Salas,

Lambayeque; la Municipalidad Provincial de Sánchez Carrión, La Libertad; y la Mancomunidad de Municipalidades del Bajo Huallaga y Caynarachi, San Martín y otras menos difundidas.

Estas experiencias se basaron en los procedimientos señalados en las Resoluciones Ministeriales 042-2007-MINSA y RM 366-2007-MINSA.

A continuación les presento los pasos perdidos de las experiencias pilotos, en el sentido que algunos pudieron llegar a los tres primeros pasos, otros pilotos a los seis primeros pasos, pero ninguno llegó a convertirse en una experiencia real de transferencia de funciones.

- 1) Conformación del Comité Intergubernamental para el diseño de los Pilotos, miembros propuestos:
 - a. Consejero Regional, Presidente de la Comisión de Salud del Gobierno Regional o su representante.
 - b. Gerente de Desarrollo Social o su representante.
 - c. Director Regional de Salud o su representante.
 - d. Alcalde Provincial o Regidor Presidente de la Comisión de Salud o su representante.
 - e. Alcalde Distrital o Regidor Presidente de la Comisión de Salud o su representante.
 - f. Otros que se estimen convenientes
 - Documento que establece la conformación del Comité Intergubernamental.

- Documento normativo que sustenta la designación.
 - * Acuerdo de Consejo Regional designando a representante ante el Comité Intergubernamental
 - * Resolución Ejecutiva Regional designando a representante (Gerente de Desarrollo Social o su representante y Director Regional de Salud o su representante)
 - * Ordenanza Municipal Provincial que autoriza al Alcalde o su representante a participar en el Comité Intergubernamental.
 - * Ordenanza Municipal Distrital que autoriza al Alcalde o su representante a participar en el Comité Intergubernamental.
- g. Suscripción de acuerdo de partes.
- 2) Conformación de equipos y cronogramas de trabajo
 - Selección y/o ratificación de los proyectos pilotos.
 - Análisis de la situación de salud e identificación de las prioridades sanitarias.
 - Análisis de la situación de los establecimientos de salud, microrredes y redes implicados.
 - Análisis de la situación de las municipalidades implicadas, tanto de la organización como de sus características sociales, culturales y políticas.
 - Elaboración de las propuestas de proyectos piloto, y sus mecanismos de implementación, monito-reo y evaluación.
- 3) Identificación y validación de los criterios de selección de los establecimientos de salud y las municipalidades implicadas.
 - Identificar los criterios utilizados para seleccionar los proyectos piloto.
 - Desarrollar clasificación de municipalidades según criterios propuestos por el MINSA.
 - Selección y/o ratificación de los proyectos pilotos
- 4) Análisis de la situación de salud e identificación de las prioridades sanitarias (Línea de Base).
 - Determinantes de la salud
 - Necesidades
 - Demanda
- 5) Análisis de la situación de los establecimientos de salud, microrredes y redes implicados (Línea de base).
 - Respuesta institucional: Oferta de servicios de salud
 - a. Organización, funcionalidad, recursos, productividad y desempeño de los establecimientos.
 - b. Organización, funcionalidad y desempeño de las microrredes y redes involucradas.
- 6) Análisis de la situación de las municipalidades implicadas, tanto de la organización como de sus características sociales, culturales y políticas (Línea de base).

- Respuesta social institucional: Consejo Municipal, Municipio Saludable, Consejo Provincial de Salud.
 - Respuesta social comunal: Comunidades saludables, Organizaciones comunitarias, participación en salud, comités comunales de salud, agentes comunitarios de salud (ACS), organizaciones de la sociedad civil.
- 7) Elaboración de la lista de competencias del Gobierno Regional, Municipalidad Provincial, Municipalidad Distrital y redes o microrredes. Definición de la materia de transferencia. Tanto para el primer bloque como para el segundo bloque de transferencias.
- Logística
 - Investigación en salud pública y desarrollo de tecnologías
- 8) Propuesta técnica del diseño del piloto (Gestión de recursos humanos, financiamientos, participación ciudadana, modelo de organización, inversiones), la que deberá ser aprobada por ordenanza regional y/o municipal.
- Modelo de participación ciudadana
 - Modelo de atención
 - Modelo de organización
 - Modelo de gestión
 - Modelo de financiamiento
- 9) Plan de implementación del piloto (según prioridades seleccionadas).

En cuanto al proceso sanitario, definir lo correspondiente a:

- Promoción de la salud.
- Protección y recuperación de la salud del individuo, familia y comunidad.
- Salud ambiental.
- Prevención y control de epidemias, emergencias y desastres.
- Medicamentos, insumos y drogas

En cuanto a los procesos administrativos, definir lo correspondiente a:

- Planeamiento
- Financiamiento
- Inversión en salud
- Aseguramiento en salud
- Gestión y desarrollo de recursos humanos
- Gestión de la información para la salud

- Establecimiento y desarrollo de los mecanismos de la participación ciudadana en los proyectos piloto.
- Desarrollo de cartera de servicios preventivo-promocional y recuperativa.
- Fortalecimiento y organización de microrredes y redes (organización del trabajo intra y extra mural de la microrred y de cada uno de los establecimientos, requerimiento de recursos humanos, infraestructura y equipamiento).
- Elaboración del Plan Operativo Institucional e identificación de recursos por actividad.
- Plan de desarrollo de capacidades (asistencia técnica, capacitación y arreglos normativos).
- Diseño del monitoreo y evaluación del piloto.

- Identificación de fuentes de financiamiento y establecimiento de los mecanismos de utilización.
- 10) Identificación de los recursos asociados a la implementación de los pilotos tanto para el gobierno regional como para el gobierno local.
- 11) Propuesta de arreglos normativo institucionales que incluye modificación o implementación de las estructuras organizacionales, procedimientos logísticos y financieros (incluye mecanismos de transferencia financiera) a nivel nacional, regional y local.
- 12) Monitoreo y evaluación del Piloto: Reportes periódicos de avances.
- 13) Certificación del ejercicio de las funciones. Acreditación.
- 14) Firma de Convenio Marco Intergubernamental y Convenio de Gestión.
- 15) Firma de Actas de Entrega y Recepción, Informes Finales para el proceso de efectivización de las transferencias propuestas.

Estas experiencias ya cumplieron su ciclo, lo mejor que puede hacerse es sistematizar las lecciones aprendidas y tenerlas en cuenta cuando se proponga un real proceso de descentralización de la salud a los Gobiernos Locales. En la práctica no han sido experiencias de transferencias de funciones, sino de aproximaciones a una forma de participación social.

2.5 Las funciones en materia de salud para la Municipalidad Metropolitana de Lima

La transferencia de las funciones en materia de salud a Lima Metropolitana recién se supo en la agenda política el presente año por dos motivos: 1) La salida del Señor Castañeda que no priorizó este proceso en su agenda política y el ingreso de la Señora Alcaldesa Susana Villarán, quien desde las primeras semanas de su administración, ha tenido la firme decisión política de dar inicio al proceso de transferencia de funciones que debe ser efectivizado por el Ministerio de Salud. 2) La oportunidad que identificó la Alta Dirección del Ministerio de Salud para avanzar en esta compleja transferencia.

Si insistimos que la transferencia es una parte de la Descentralización Administrativa, sin contar con la Descentralización Política o la Descentralización Fiscal o grandes procesos transversales como el Desarrollo de Capacidades, la Articulación Intergubernamental, la Participación de la Sociedad Civil o la misma Regionalización; entonces, la transferencia resulta un paso necesario, pero de relevancia relativa, toda vez que lo más importante se da posterior a la misma transferencia y esa parte en el Perú el proceso de descentralización no lo ha explotado.

El modelo de transferencia para la Municipalidad Metropolitana de

Lima, tiene varios escenarios:

- 1) Hacer la transferencia con las tres DISAS y el conjunto de sus redes asistenciales, incluyendo hospitales nacionales.
- 2) Formar una DISA y luego ejecutar la efectivización y el conjunto de sus redes asistenciales, incluyendo hospitales nacionales.
- 3) Transferir los centros y puestos de salud en una primera etapa y luego los establecimientos de mayor nivel de complejidad, independientemente de los dos primeros escenarios.

Mi opinión es que sigamos el modelo de transferencia aplicado para los casos de los Gobiernos Regionales del Callao y de Lima, en ellos la transferencia no ha tenido problemas mayores que hayan afectado la calidad del servicio o sobre todo los derechos laborales de los trabajadores del sector salud.

3. Hacia una Nueva Hoja de Ruta como parte de un Nuevo Contrato Social

3.1 El Nuevo Contrato Social en Salud

Si queremos un nuevo Contrato Social, mínimo debemos saber cuál fue el último Contrato Social.

Siempre es apasionante entrar al campo de la filosofía política o las ciencias políticas y sociales ya que el Contrato Social es un concepto que tiene mucha relación con la Descentralización, el Estado y la

Sociedad, desde la República de Platón (360 a.C.) cuando plantea que la “justicia es un pacto entre egoístas racionales”, hasta Habermas (“... Lo que el pueblo reunido quiere es lo bueno...”, “...lo único posible es la democracia de un pueblo”, “Frente a esto está la idea de un pueblo o nación que surgen en el proceso mismo de la creación del Estado, a través de un contrato social”²⁹). Pasando por Jean Jacques Rousseau en su importante tratado “El Contrato Social” publicado en 1762: “Los hombres voluntariamente renuncian a un estado de natural inocencia para someterse a las reglas de la sociedad, a cambio de beneficios mayores inherentes al intercambio social; este consentimiento voluntario se mantiene a través de un contrato.

De lo antes señalado podemos inferir que las personas, la sociedad confió en el Estado el cuidado de su salud, sin embargo qué tenemos ahora: grandes segmentos de población excluidos de los servicios de salud, leyes y reglamentos que no se cumplen, trabajadores de salud mal pagados, usuarios de los servicios públicos insatisfechos, etc.

No es nada difícil documentar lo que antes hemos señalado³⁰: “La evidencia de desigualdades en el acceso de los pobres a la salud es abundante y variada. El acceso a la atención de salud es proporcional al nivel de ingreso: un pobre tiene 4.8 veces más probabilidades de no ser atendido que un rico. Más aún, la

²⁹ <http://erichluna.wordpress.com/2009/07/08/habermas-sobre-la-inclusion-nacion-democracia-y-estado-de-derecho/>. Tomado el 03 Nov 2011.

³⁰ Lenz R y Alvarado Betty. 2006. Políticas Pro Pobre en el Sector Público de Salud del Perú. Cap 4. En Cotrear D. UN NUEVO CONTRATO SOCIAL PARA EL PERÚ. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?. Banco Mundial, Oficina de Lima Perú. Enero 2006.

población sin protección de un seguro de salud alcanza el 48.4%, y el ciudadano financia con su bolsillo el 32.9% del sistema, de este monto la mayor parte va a medicamentos.”

La pregunta que fluye a continuación es ¿Qué queremos?: Acceso libre a los servicios de salud públicos, superación de subcoberturas, trabajadores bien pagados, concursos para ingresar a una carrera pública sanitaria, compras sin corrupción, excelencia en la entrega de los servicios de salud, formación y educación con calidad de acreditación internacional, usuarios y familiares bien informados con dignidad, respecto y transparencia; queremos un Nuevo Contrato Social en Salud, una nueva relación entre el Estado y la Sociedad, entre los peruanos y sus gobernantes.

3.2 De la Reforma a la Modernización de los Servicios de Salud y el papel de la Descentralización de la Salud

He demostrado en este documento que la descentralización de la salud no es un tema de reforma de la salud, es un tema de modernización de los servicios de salud, en el entendido que la reforma es un conjunto de cambios transversales, que tienen un inicio definido y un término en el mediano o largo plazo, en cambio la modernización es un conjunto de cambios permanentes que hacen parte de la historia de las organizaciones y por lo tanto la descentralización al ser parte de la historia de los Estados, se convierte

en un instrumento de cambio continuo y sostenible.

Para implementar un Nuevo Contrato Social en Salud se tienen dos opciones: 1) continuar en reformas parciales e incompletas de los servicios de salud o 2) apuntar a una modernización de los servicios de salud.

Considerando que no es objeto de análisis la reforma o modernización de los servicios de salud, sólo me queda presentarles los principales aspectos o líneas de la modernización en salud que no debemos dejar de lado:

- Diseño, implementación y evaluación de un Sistema de Rectoría Sanitaria con
 - * Base jurídica, organizacional y presupuestal.

- Sistema Único de Salud, donde todas las entidades públicas forman parte del sistema;
 - * Separación de la prestación y el financiamiento
 - * Implementación de una Ley de Autonomía Sanitaria, los directores regionales o los directores de establecimientos de salud deben tener autonomía para que en función de los objetivos y metas puedan establecer los recursos humanos que necesitan, los recursos materiales y los presupuestos para su cumplimiento.

- Acuerdo Político entre el Gobierno Nacional y los Gobiernos



Regionales y Locales para:

- * Descentralización y regionalización de la salud; está pendiente diseñar e implementar procesos de gestión descentralizada en base a servicios públicos orientados a los ciudadanos; está pendiente la descentralización local de la salud; en función de la implementación de las verdaderas regiones los servicios de salud deben flexibilizarse en aspectos de estructura y funcionamiento.
- * Control social y rendición de cuentas
- * Incremento progresivo del acceso a los servicios de atención primaria y los de alta complejidad.
- * Fortalecimiento de los sistemas regionales de salud (Redes de urgencia y emergencia, redes de ayuda diagnóstica, redes de atención móvil con especialidades, redes de preventorios, redes de unidades de cuidados intensivos y cuidados intermedios, etc.)
- * Sectorización de hogares con territorialización sanitaria.

4. Conclusiones y Recomendaciones

4.1 Conclusiones

1) El presente documento sobre la descentralización de la salud en el Perú busca responder a tres interrogantes: ¿cómo explicamos que se hace muy necesario implementar el proceso de descentralización de la salud y los de muchos otros servicios

públicos?, ¿qué avances se han tenido en el proceso de descentralización de la salud? y ¿Cuáles son las bases que debe tener la nueva hoja de ruta en esta siguiente etapa del proceso de descentralización de la salud?

- 2) Desde las ciencias políticas y ciencias sociales, la descentralización es más que un proceso político, es una realidad que se expresa a partir de eventos históricos, económicos, jurídico constitucionales, organizacionales. La clave de su complejidad está en entender estas relaciones.
- 3) La descentralización forma parte del siguiente ciclo, que se ha presentado en el marco conceptual de este documento: Ser humano – Salud – Estado – Descentralización – Organización – Ser humano.
- 4) Se aproxima a los siguientes conceptos, como parte del ciclo antes señalado: Estado – Sociedad – Soberanía – Autonomía – Subsidiariedad – Bien Común.
- 5) Sin querer ser novedad, descubre el concepto del Dilema de la Santísima Trinidad para entender los mecanismos que se activan entre Estado, gobernantes y gobernados.
- 6) La descentralización no es sinónimo de transferencia, implica dimensiones mayores como descentralización política, descentralización administrativa, descentralización fiscal y descentralización económica.

- 7) La transferencia de responsabilidades, que es una pequeña parte de la descentralización administrativa, es un mecanismo para que el Estado Unitario, traslade poder y responsabilidades desde el gobierno nacional a los gobiernos regionales, pueda desempeñarse mejor y brindar mejores servicios; esto ha debido incluir:
 - 7.1 Acompañamiento con asistencia técnica a los gobiernos regionales para el ejercicio de las funciones transferidas.
 - 7.2 Orientaciones y asesoría a los gobiernos regionales respecto del ejercicio de las funciones transferidas.
 - 7.3 Monitoreo de los resultados de los gobiernos regionales en el ejercicio de las funciones transferidas, en base a indicadores de gestión.
- 8) Las funciones en materia de salud, desde su origen en las Leyes Orgánicas, tanto de los gobiernos regionales como de los gobiernos locales es una fuerte restricción del proceso ya que no responden a ningún modelo de organización sanitaria.
- 9) La descentralización local de la salud, es decir la entrega de responsabilidades a las Municipalidades Provinciales o Distritales de las funciones de salud, ha tenido una frágil aproximación a través de las experiencias pilotos. En ninguno de los casos se ha entregado competencias a los gobiernos locales.
- 10) La descentralización de la salud para la Municipalidad Metropolitana de Lima, que si bien es cierto se tiene programada desde el 2007, recién en el presente año se han dado los pasos iniciales.
- 11) Un nuevo Contrato Social en Salud implica: acceso libre a los servicios de salud públicos, ausencia de subcoberturas, trabajadores bien pagados, concursos para ingresar a una carrera pública sanitaria, compras sin corrupción, excelencia en la entrega de los servicios de salud, formación y educación con calidad de acreditación internacional, usuarios y familiares bien informados con dignidad, respeto y transparencia.
- 12) La descentralización de la salud debe formar parte de la modernización de los servicios de salud, olvidémonos de proponer reformas por ahora, necesitamos una hoja de ruta que considere mínimamente los siguientes aspectos: 1) Diseño, implementación y evaluación de un Sistema de Rectoría Sanitaria; 2) Sistema Único de Salud, donde todas las entidades públicas forman parte del sistema; 3) Acuerdos políticos entre el gobierno nacional y los gobiernos regionales y locales.

4.2 Recomendaciones

Presidencia del Consejo de Ministros

- 1) Dictar las disposiciones para implementar las dimensiones políticas, económicas y fiscales de la



descentralización que incluyan al sector salud en su conjunto.

- 2) A propuesta del Ministerio de Salud, presentar al Congreso de la República la legislación necesaria que permita instalar un real proceso de modernización de la salud en el Perú.
- 3) Dictar las disposiciones necesarias que garanticen que los gobiernos regionales implementen programas de Asistencia Técnica y Desarrollo de Capacidades, con el acompañamiento del Ministerio de Salud.

Ministerio de Salud

- 1) Formular un Proyecto de Ley sobre un Sistema Nacional de Rectoría y Evaluación Sanitaria, para que a través del Poder Ejecutivo, sea presentado al Congreso de la República.
- 2) Convención Nacional para la formulación de Anteproyecto de Ley de Autonomía Sanitaria y tramitarlo ante el Poder Ejecutivo.
- 3) Dictar las disposiciones técnicas que lleven a la implementación de Sistemas Regionales Sanitarios.
- 4) Implementación de programas prestacionales de mejoramiento del acceso a los servicios de atención primaria y de alta complejidad

Ministerio de Economía y Finanzas

- 1) Creación de un Fondo Único de Salud para la implementación de un Sistema de Financiamiento.
- 2) Impulsar y ejecutar el proceso de descentralización fiscal
- 3) Planificación – Programación basada en costos.

Congreso de la República

- 1) Suscribir los anuncios políticos sobre la modernización de la Salud en el Perú, emitidos por el Poder Ejecutivo.
- 2) Suscribir el Pacto por la Vida y la modernización de la salud en el Perú.
- 3) Aprobar la legislación necesaria que permita implementar un proceso de modernización de la salud en el Perú.

Colegio Médico del Perú

- 1) Convocar a Convención Nacional de Descentralización de la Salud con participación de otros colegios profesionales de la salud.
- 2) Promover Pacto por la Vida y la Modernización de la Salud en el Perú
- 3) Solicitar al Presidente de la República, al Congreso de la República y al Ministro de Salud, al menos cinco anuncios políticos sobre la modernización de la salud, e implementar su seguimiento.

Organizaciones de la Sociedad Civil y Organismos Cooperantes

- 1) Apoyo técnico y financiero al diseño e implementación de un sistema de seguimiento, monitoreo y evaluación del proceso de descentralización en salud.
- 2) Apoyo técnico y financiero al diseño e implementación de un Sistema de Control Social y Rendición de Cuentas Regionales y Nacional.

Descentralización en Salud: Situación y Perspectivas

Dr. Oswaldo Lazo Gonzales

Introducción

La oferta de servicios de salud del sistema de salud del Perú no es la esperada para el ingreso per cápita peruano; medida por el número de camas de hospital por 1.000 habitantes, y por el de médicos por 1.000 pobladores, es un tercio más baja que el promedio de América Latina¹. Pese a ello, el Perú ha alcanzado niveles relativamente altos de cobertura en algunas intervenciones de salud pública. Desde la década de los 90', la cobertura de los programas verticales de intervención en salud pública tales como las vacunaciones, llegó a superar los niveles alcanzados por países latinoamericanos de mejores ingresos, sin embargo la cobertura de atención médica básica no ha mejorado significativamente, permaneciendo con índices muy por debajo del promedio latinoamericano. En suma se aprecia una clara mejoría de indicadores sanitarios altamente sensibles a intervenciones de salud pública costo-efectivas, como la mortalidad de los niños menores de 5 años, pero no se tiene iguales logros con condiciones que dependen de la atención médica básica como la mortalidad materna (TMM) y la de mortalidad perinatal, si bien ha mejorado respecto

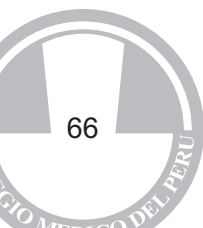
de periodos anteriores, sigue entre las más altas de Latinoamérica².

La salud como expresión de bienestar se ve determinada por muchos factores que afectan la calidad de vida, entre otros la educación, la vivienda, el acceso al agua y al saneamiento, y los servicios de salud. A su vez este problema de atención de la salud básica o compleja esta en estrecha relación con la capacidad de acceso de gran parte de la población. Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH)³, el 31,8% y el 36,2% de la población reportó padecer de un problema de salud crónico o no crónico respectivamente, de las personas que padecen un problema crónico de salud el 38,8% buscó atención, mientras que entre quienes sufren de un problema no crónico el 48,8% buscó atención. El 57% de las personas que no buscaron atención fue por alguna barrera de acceso tal como falta de dinero, lejanía de establecimiento, desconfianza o preferencia en la utilización de remedios caseros. Esta inaccesibilidad esconde a su vez marcadas diferencias pues mientras en Lima Metropolitana es de 41,3% en la zona rural alcanza el 72,2%.

¹ Banco Mundial. Un nuevo contrato social para el Perú ¿cómo lograr un país más educado, Saludable y Solidario? Washington 2006

² La RMM del Perú según ENDES 2010 se estima en 93 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos.

³ INEI. Condiciones de Vida. Informe Técnico N° 2 –Junio 2011



Esta situación donde confluyen una adecuada oferta de servicios con un pobre desempeño ha sido denominado, según estudio sobre los sectores sociales en el Perú elaborado por el Banco Mundial, como de “equilibrio de bajo nivel” de las prestaciones sociales, situación explicada de un lado por la desmotivación de las organizaciones proveedoras de servicios que han perdido orientación y de otro lado por el escaso conocimiento y desarrollo de los mecanismos de gestión y vigilancia social por parte de la población⁴. El mencionado estudio subraya la necesidad de contar con estándares de calidad de la atención de la salud claros y accesibles a la sociedad civil y sus organizaciones representantes que permitan el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas y a su vez propone un conjunto de “estrategias de choque” para romper este equilibrio, señalando que la descentralización es una ellas. La descentralización es una de las estrategias capaces de actuar en este sentido a través de: favorecer el desarrollo de parámetros de referencia competitivos tales como estándares, guías de práctica y otros; facilitar las innovaciones en los modelos de atención que respondan mejor a las necesidades locales; realizar una adecuada separación de las funciones básicas del sistema de salud entre los diferentes niveles de gobierno permitiendo la generación de dispositivos eficientes de relación; finalmente, se puede suponer que el sentir de la población y su reclamo puede tener un mayor impacto en las autoridades locales que en las nacionales.

1. Descentralización en salud: una aproximación conceptual

Genéricamente se afirma⁵ que la descentralización mejora la calidad y aumenta la cobertura de los servicios de salud; contribuye a que se ofrezca un servicio de salud que toma en consideración las necesidades y las preferencias de los ciudadanos a nivel local; incrementa las posibilidades de financiamiento y participación de las comunidades en la provisión de los servicios; disminuye la duplicación de los servicios de salud, lo cual contribuye a la eficiencia en la provisión; aumenta la equidad en la distribución de los recursos a las regiones y a la grupos marginados, focaliza las acciones en programas específicos, contribuyendo a la reducción de costos. Y, por otro lado, que contribuye a aliviar a las autoridades y funcionarios del gobierno central, o del nivel central, de las actividades de rutina administrativa, abriendo el espacio necesario para el pleno ejercicio de rol rector.

Esta cercanía de los decisores a poblaciones logra gran importancia siempre que se conformen nuevos escenarios para el ejercicio del derecho a la salud, esto es, para el ejercicio de la ciudadanía en salud, de manera que allí se constituyan, fortalezcan e interactúen nuevos actores, se operen nuevas transacciones entre ellos, se conforman nuevos espacios de concertación donde se dialogue y construya orientaciones consensuadas y las

⁴ Banco Mundial: op.cit

⁵ Rivas-Loria P.: Descentralización de la provisión de servicios de salud. Taller sobre descentralización OPS 2000.

poblaciones puedan expresar sus necesidades y preferencias y de este modo sean partícipes de las decisiones sobre su salud. Esto exige que la información disponible a nivel local sea adecuada y confiable y que sea compartida entre todos los actores del ámbito disminuyendo de este modo la asimetría entre los decisores, proveedores y los usuarios. Por lo tanto, limitar la descentralización tan solo a mecanismos de relacionamiento entre niveles de gobierno donde se transfieren competencias y funciones desde el nivel nacional a los niveles regional y local, así como los recursos vinculados al ejercicio de estas, supondría reducir la descentralización a una estrategia que compromete sólo a las instituciones públicas y no la sociedad en pleno.

La Iniciativa Regional de Reforma de la OPS⁶, luego de hacer el seguimiento de los procesos de reforma emprendidos en las Américas, concluye que la descentralización busca alcanzar dos finalidades en la atención sanitaria: (a) mejorar el acceso y, (b) incrementar los niveles de equidad a la atención de la salud. Estas a su vez se manifiestan a través de los siguientes mecanismos:

- Facilitar la adecuación de la atención de la salud a las necesidades locales de salud

La organización de atención de salud, desde una perspectiva moderna, descansa en la capacidad

que tiene el sistema de recoger las necesidades de salud de las poblaciones, no solo aquellas necesidades que se expresan y por lo tanto se convierte en demanda sino también aquellas no manifiestas⁷. En ambos casos la descentralización debiese de facilitar el desarrollo de capacidades y la dotación de los recursos para:

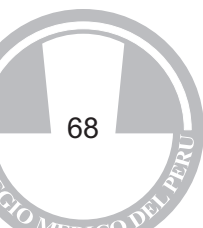
- a) el apropiado conocimiento de la realidad social y sanitaria regional y local, las necesidades de salud y sus determinantes. Esto permite definir las prioridades sanitarias a nivel regional o local
- b) el relevamiento de estas necesidades y las causas que las determinan
- c) la recuperación y valoración de las prácticas sanitarias desarrolladas por los servicios de salud y por las comunidades para dar respuesta a esta situación
- d) la generación o inducción de nuevas intervenciones sanitarias adecuadas a estas necesidades, en el marco de las políticas y normatividad sanitaria nacional.

La descentralización crea las condiciones para la reorientación de los modelos de atención en salud desde las necesidades de la salud a nivel local⁸. La adecuación de los modelos de atención a las realidades locales, recogiendo la

⁶ Rivas-Loria P.: ob.cit.

⁷ Donabedian A.: Los Espacios de la Salud: Aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. Biblioteca de la Salud. Fondo de Cultura Económica. Traducción de Beatriz Alvarez Klein. México 1973

⁸ Lazo O. Nino A. Innovando modelos de atención. La experiencia sanitaria de Cajamarca. Universidad Peruana Cayetano Heredia y Proyecto APRISABAC. Lima 2000



complejidad y diversidad social, económica, cultural, tecnológica, de género, de información, de geografía y clima, etc.

- Posibilitar la participación y facilitar el logro y la sustentabilidad de las metas de salud.

Teóricamente, la definición precisa de competencias y funciones que han de ser transferidas a los niveles regional y local, ha de permitir un mayor control de la calidad para el ciudadano/cliente de los servicios proporcionados o contratados por el subsector público de salud y crean condiciones propicias para establecer mecanismos de petición y rendición de cuentas sobre las acciones desplegadas para el cuidado de la salud. Igualmente se aprecia de la experiencia internacional que estos procesos de descentralización en salud hacia los niveles regional y local generan enormes desafíos que obligan a la ampliación de las capacidades de las correspondientes unidades de gestión. La necesidad de garantizar el cumplimiento de objetivos y metas sanitarias, de darles sustentabilidad y aun mejorarlos, en muchos casos induce el compromiso de las organizaciones regionales y locales, públicas y privadas para asignar mayores recursos destinados a la ejecución de la política de salud.

No obstante, la experiencia de algunos países⁹ muestra también evidencias que informan acerca de la disminución en las coberturas de atención o en la pérdida de calidad, cuando no se desarrollan, o no se establecen, o se abandonan mecanismos de responsabilidad regional o local, generándose una desorganización que pone en crisis la legitimidad del subsector público. En tales casos no es infrecuente imputar la responsabilidad al gobierno nacional. Estos comportamientos pueden ir de la mano del uso poco transparente y aun arbitrario de los recursos asignados para la atención de salud, los que no rara vez son destinados a otros fines.

Tampoco es infrecuente encontrar que haciendo uso inadecuado de la autonomía regional o local, no se observen criterios técnicos básicos que orienten la racionalidad en la inversión con la propensión a construir infraestructura física (hospitales y otros establecimientos de salud) o adquirir tecnología médica (equipos) innecesaria o inadecuada, respondiendo a motivaciones ajenas a las políticas y planes de desarrollo sanitario. La ausencia de una cultura de economía de escala puede exacerbar esta situación, incrementado los costos en la adquisición de insumos básicos para la atención tales como medicamentos y equipos. Esta situación podría conducir en el mediano plazo a la

⁹ Costa N., Barros P., Mendes J. La descentralización del sistema de salud pública en Brasil: valoración y perspectivas.

“atomización” del sistema de salud.

- Favorecer la coordinación multi e intersectorial y suprasectorial y promover la solidaridad entre regiones.

En los espacios de participación y ejercicio del derecho debiesen avanzar a constituirse en instancias de construcción de las políticas públicas en salud mediante instrumentos como el diálogo permanente, la concertación para la consecución de acuerdos regionales y locales en pro del desarrollo sanitario, donde se reúnan los tradicionales actores sectoriales y otros tantos representantes de las organizaciones del Estado y la sociedad.

Igualmente, en el marco de las propuestas de descentralización, debiesen crearse mecanismos de acción conjunta y solidaria entre diferentes ámbitos de gestión sanitaria, a fin de organizar respuestas comunes frente a problemas comunes. Esto, en el campo de la salud constituye una exigencia ya que la distribución de riesgos y daños no respeta fronteras y obliga a la acción conjunta interregional.

2. Descentralización de la salud en el Perú

Posiblemente los primeros intentos de desconcentración se remontan a la década de los 40' impulsados por las

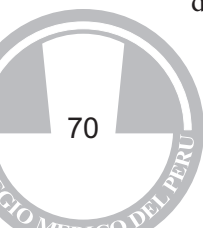
orientaciones del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, mediante la creación de los Centros de Medicina Preventiva, postas médicas, etc. La reforma del Ministerio de Salud de 1957 adopta como principio “en doctrina de la administración de salud pública, la centralización técnica, descentralización ejecutiva”¹⁰. Esto permitió que muchos de los programas verticales se descentralicen en su operación conformando las Áreas y Unidades de Salud.

La reorganización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social realizada en 1965 lo define como “un organismo central, de carácter directivo, normativo, asesor, coordinador y supervisor, y organismos ejecutivos periféricos encargados de las acciones integradas de protección, promoción y recuperación de la salud en una determinada circunscripción geográfica. Los organismos ejecutivos periféricos son las Áreas de Salud, divididas en Unidades de Salud, las que a su vez son integradas por Hospitales Generales y Especializados, Postas Médicas y Postas Sanitarias”¹¹.

Con la creación de los Organismos de Desarrollo (ORDES) durante el gobierno militar, el proceso de descentralización administrativa alcanza su mayor expresión, ampliándose los niveles de autonomía departamental. Durante la década del los 80' la descentralización pasa a constituirse en una política de salud llegando a

¹⁰ Petrozzi A. Formulación de Planes, Programas y Proyectos. En: Actas del III Congreso Nacional de Salud Pública. Lima, Mayo 1968

¹¹ Reátegui I, Martínez N. Atención de la salud de la población rural. . En: Actas del III Congreso Nacional de Salud Pública. Lima, Mayo 1968.



conformarse 57 Áreas de Salud como órganos descentralizados con autonomía en el manejo de los recursos. Lamentablemente, esta medida se vio enfrentada con la escasa capacidad de gestión y tecnificación de los sistemas administrativos básicos, por lo que se regresa a una organización de base departamental, creándose las Unidades Departamentales de Salud.¹²

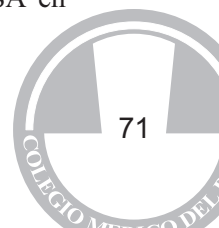
El proceso de descentralización nacional emprendido a fines de la década de los 80' tuvo en el sector salud a uno de sus abanderados. Las regiones conforman Direcciones Regionales de Salud como organismos dependientes del MINSA en los aspectos técnico-normativos y de los Gobiernos Regionales, a través de las Gerencias de Asuntos Sociales, en los aspectos administrativos y operativos. El D.L. N° 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud crea en su estructura organizativa dos instancias importantes: el Consejo Nacional de Salud, como una instancia consultiva en el ejercicio de la función rectora sectorial y el Comité Técnico de Coordinación Nacional como un órgano consultivo que reunía a las más altas autoridades de salud de las regiones bajo la presidencia del Ministro de Salud para dirimir y acordar conjuntamente el desarrollo del subsector público en salud.

La experiencia de descentralización emprendida a fines de la década de los 80' estuvo orientada por la lógica

de transferencia "en un solo acto". No se estableció un proceso gradual y progresivo de transferencia de competencias y funciones que permitiese ir creando las condiciones e incrementando las capacidades de los órganos regionales para asumir nuevas funciones. Por el contrario, el apresuramiento y la falta de adecuada planificación pusieron en evidencia la débil capacidad de gestión de la mayor parte de regiones, produciéndose desconcierto y una caída en la capacidad operativa expresada en bajas en las coberturas de atención. Algunas autoridades y funcionarios regionales mostraron actitudes autonomistas respecto de las orientaciones políticas y técnicas provenientes del nivel central.

Por su parte, el nivel central mostró escasa disposición a descentralizar producto de la inercia establecida por innumerables años de dirección vertical, utilizando para ello el manejo centralizado de recursos. Se distorsionó el sentido primario de la función rectora. Se suplió el pobre desarrollo de la función rectora del MINSA que debiese expresarse como orientación política y conducción estratégica sobre el sector y sus instituciones; con un crecimiento vertical y burocrático de la función de dirección de la provisión de servicios de salud, para lo cual se constituyó una frondosa burocracia que asegurase la administración directa de recursos para todo el territorio nacional. A la base de esta confusión está la dificultad de reconocer al MINSA en

¹² Lazo O. Políticas sanitarias en el Perú (1960-1990) En: Medicamentos y Salud Popular. Año 5 N° 24. Lima 1993



su doble misión: (a) rectoría del sector salud y (b) dirección del subsector público-estatal de servicios de salud. La cancelación del proceso en 1992 y la creación de los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR) recentralizó las decisiones sobre dos órganos del poder ejecutivo, el Ministerio de Salud en lo referente a las competencias técnico- sanitarias y el Ministerio de la Presidencia, a través de las CTAR en el ámbito administrativo.

3. El actual proceso de descentralización y sus implicancias en el Sector Salud

Los procesos de descentralización ponen en tensión dos enfoques sobre el desarrollo, tras ellos obviamente se posicionan un conjunto de actores que ponen en juego sus intereses y perspectivas sobre el proceso. De un lado, el enfoque tradicional y centralista que descansa en una organización sectorializada del Estado, que por extensión tiñe la globalidad de nuestra vida social. Desde allí se construye una “cultura estatista y sectorializada” de la vida social, pero sobre todo de percibir y abordar los problemas del desarrollo, donde si bien transparenta la naturaleza vertical y autoritaria del Estado, muchas veces logra la eficacia que resulta de intervenir focalizadamente sobre problemas que por su naturaleza responden a conocimientos y tecnologías unidisciplinarias¹³. Estas mismas intervenciones sectoriales se tornan

impertinentes e ineficaces para resolver la mayor parte de problemas de la vida social que por su naturaleza requieren de un abordaje política y socialmente inclusivo y ampliamente participatorio y técnicamente integral y no fragmentado, donde las preguntas y respuestas se construyan inter o transectorialmente, inter o transdisciplinariamente, inter y transculturalmente. Carlos Matus, el conocido planificador chileno, sintetizaba esta situación con una frase irónica “mientras la sociedad tiene problemas, el Estado tiene sectores”.

En respuesta insurge un enfoque de desarrollo centrado en el territorio como espacio concreto de realización de la vida económica y social de las poblaciones, por lo tanto en capacidad de articular y orientar a los múltiples y diversos actores sociales desde los espacios reales de producción y reproducción de vida social (región, provincia, distrito, comunidad). Se trata de concertar intereses, capacidades y recursos hacia el desarrollo. Esta perspectiva de desarrollo preponderante en las propuestas descentralizadoras no pretende desconocer al Estado ni su organización sectorial, por el contrario exige un Estado política y socialmente legítimo y técnicamente sólido, capaz de orientar el proceso de desarrollo mediante una propuesta nacional/descentralizada¹⁴, pero que respete y subordine su enfoque sectorial a las propuestas integrales de desarrollo que surgen en el ámbito local y regional.

¹³ Fleury Sonia. Modelos de Protección Social. Curso BID. 2001

¹⁴ Aspuri J. y cols Descentralización. Un balance de lo avanzado y una propuesta de agenda para una reforma imprescindible. CIES. Grupo Propuesta Ciudadana. Lima Febrero 2006



Como es de suponer esta tensión se hace evidente en el proceso de descentralización del sector salud. Tal como se expuso existe un historia de desconcentración/descentralización que compromete básicamente al Ministerio de Salud en tanto entidad prestadora de servicios de salud a nivel nacional, el resto de organizaciones del sector se mantuvo y aun hoy se mantiene al margen de las iniciativas de descentralización impulsadas desde el Estado, aquellas que tienen presencia nacional realizaron sus propias experiencias de descentralización administrativa acorde a su diseño organizacional¹⁵.

Estos procesos de desconcentración institucional no se ubican siquiera tras una perspectiva sectorial, son respuestas a objetivos y estrategias organizacionales, tal es así que ante la iniciativa de generar espacios de concertación sectorial descentralizada plasmada en la Ley de Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, las organizaciones de salud asumen una actitud pasiva y meramente formal.

Sin dejar de reconocer la legitimidad de los objetivos y diseños organizacionales, es innegable que el tránsito desde una postura básicamente institucional hacia una mirada sectorial, es aun lento e incierto. Estamos ante una nítida expresión de la fragmentación y segmentación del sector.

El panorama del proceso de descentralización en salud es complejo, en el se imbrican tres

planos: institucional/organizacional, sectorial y nacional.

- Descentralización institucional/organizacional

La descentralización institucional es de carácter básicamente administrativo, se limita a la desconcentración de recursos y algunas actividades administrativas, tiene algunas variantes aun entre las organizaciones sujetas a la normatividad pública: servicios estatales de salud dirigidos nacionalmente por el MINSA, Sanidades de los institutos armados o policiales y Es-Salud. En el subsector privado estos procesos son mucho más diversos y complejos.

El MINSA en este campo desarrolló durante la década pasada una propuesta de organización y administración del espacio sanitario en redes de servicios de salud, que se implementó a nivel nacional mediante un conjunto de normas. Es menester reconocer los avances logrados en este proceso, aunque resta realizar el análisis de la coherencia que guardan estas normas con el conjunto de la legislación descentralizadora, pues cualquier propuesta de administración de espacio sanitario del sector público debe ajustarse a las nuevas estructuras y ordenamiento territorial que emerge del proceso de descentralización.

¹⁵ A guisa de ejemplo se puede registrar que durante el quinquenio que culmina Es-Salud, la segunda organización proveedora de servicios de salud ha variado su diseño organizacional varias veces, y por lo tanto también sus órganos desconcentrados.

Las demás instituciones del sector, públicas y privadas realizaron su propia experiencia de descentralización, ya que la normatividad de la descentralización no las comprende. Usualmente los procesos de descentralización institucional quedan restringidos a aspectos administrativos específicos, permaneciendo centralizadas la mayor parte de sus decisiones de política institucional. Es-Salud es un buen ejemplo, ya que durante los últimos años ha experimentado varios cambios en su modelo organizacional manifestación de marchas y contramarchas tanto en la constitución de sus ámbitos descentralizados de gestión como de las competencias que le son delegadas.

- Descentralización de la coordinación y concentración sectorial en salud

En agosto del 2002, se promulgó la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) mediante la cual se impulsa la coordinación y concertación entre las organizaciones del sector y en menor medida de las organizaciones sociales involucradas en salud. En sus efectos prácticos la norma dispone la conformación de Consejos de Salud –nacional, regionales y provinciales- como mecanismos descentralizados de coordinación y concertación

sectorial literalmente se les señala como instancias “obligadas a concertar, coordinar y articular acciones sanitarias”. Esta norma ha sido objeto de múltiples cuestionamientos entre los más importantes resalta su carácter meramente consultivo, no vinculante en sus acuerdos. Adicionalmente, su composición privilegia la presencia de los tradicionales prestadores de servicios minimizándose la participación de los organismos representativos de la sociedad civil y de los usuarios, tampoco se puede hablar de un sistema nacional de coordinación sectorial pues no existen nexos formales entre el Consejo Nacional y los consejos regionales y provinciales, igualmente se cuestiona la legitimidad de la dirección de los consejos regionales y provinciales ya que por diferentes razones contraviene la normatividad y el espíritu de la descentralización.

Al parecer, en la formulación de esta norma legal no se tomaron en cuenta experiencias latinoamericanas similares que si han logrado plena vigencia y amplia legitimidad, entre las cuales el Consejo Nacional del Salud del Brasil es un caso emblemático, por su naturaleza, competencias y composición¹⁶, pero igualmente son claras las inconsistencias existentes entre la ley del SNCDS y las leyes de la descentralización, sobre todo la Ley Orgánica de

¹⁶ El Consejo Nacional de Salud del Brasil “actúa en la formulación de las estrategias y control de la ejecución de la política de salud, inclusive en los aspectos económicos y financieros cuyas decisiones serán homologadas por los las autoridades legalmente constituidas en cada esfera de gobierno. Este organismo está conformado por 40 miembros que representan a los tres estamentos socio-sanitarios: usuarios, trabajadores de salud, gestores y prestadores de servicios; de los cuales los usuarios constituyen un 50% de la representación. Véase en <http://conselho.saude.gov.br>



Gobiernos Regionales. Esta última promulgada meses después de la Ley del SNCDS, prácticamente desconoce la iniciativa de coordinación/concertación sectorial, al reconocer como órganos de concertación regional a los Consejos de Coordinación Regional y a las Mesas de Concertación y Lucha contra la Pobreza. La situación se salvó a medias con la incorporación de la Gerencia Regional de Desarrollo Social entre los miembros del CRS.

Durante el mes de setiembre del 2002 se instaló el Consejo Nacional de Salud y en los meses posteriores los Consejos Regionales y Provinciales. En la actualidad se han instalado 24 CRS¹⁷ abarcando todos los departamentos de país, salvo Lima Metropolitana. La mayor parte de CRS se ha dotado de normas internas de funcionamiento y han conformado secretarías técnicas o de coordinación en apoyo a la presidencia, la mayor parte han esbozado sus planes o agendas de trabajo para el periodo aunque en términos generales. Algunos de ellos han conformado Comisiones Especializadas para el análisis de la problemática de salud regional y la generación de propuestas.

En nuestra opinión, los Consejos de Salud, surgen como la expresión de la “visión sectorial” del desarrollo sanitario, como tal corren el riesgo de segmentar una

visión de desarrollo principalmente a nivel local donde debiese primar un abordaje integral del desarrollo. Aun desde un punto de vista pragmático parece ser muy ineficiente promover la organización de múltiples espacios regionales y sobre todo locales de coordinación/concertación, a veces tantos como sectores estatales existen, lamentablemente situación que viene sucediendo. Cabe recordar que en la actualidad podemos encontrar a nivel regional (departamental) por lo menos formalmente las siguientes instancias de concertación: Consejos de Coordinación Regional (CCR), Mesas de Concertación y Lucha contra la Pobreza (MCLCP), Consejo Educativo Regional (CER); y a nivel local los Consejos de Coordinación Provincial y Distrital, además de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) y los Consejos Educativos Institucionales (CONEI) de escuela.

En general el desarrollo de los CRS es bastante heterogéneo, desde la asunción de roles protagónicos en la escena regional hasta la inacción, esta diversidad puede encontrar explicación en varios factores: nivel de constitución y desarrollo de los actores socio-sanitarios, institucionalización de las instancias, liderazgo y conducción de la instancia, representatividad institucional,

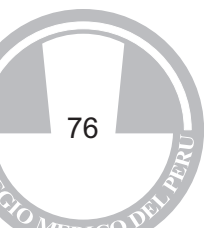
¹⁷ <http://www.minsa.gob.pe/portal/02ConsejoNacional/cns-consejosprovincial.asp>

social y técnica de sus miembros, entre otros. Un factor que al parecer viene jugando un papel importante en esta etapa es la presencia de cooperación externa provista por agencias consultoras u ONGs; como toda acción de cooperación puede constituir una gran oportunidad ya que permite canalizar los recursos técnicos y económicos necesarios, pero también puede convertirse en una limitante que recorte o condicione la autonomía de los actores regionales y en la práctica, termine dirigiendo el proceso, apelando justamente a sus mayores capacidades técnicas.

La participación de los actores socio-sanitarios regionales en los CRS es variada pero por lo general no es vista como instancia que infiera sustantivamente en el quehacer sanitario regional, menos aun en el de las organizaciones participantes, es prescindible, por ello su institucionalización supone un gran esfuerzo. Algunas representantes de organizaciones sanitarias, sobre todo aquellas que tienen representación nata en el consejo, delegan su participación en funcionarios con escasa capacidad decisoria, otras veces registran prolongada discontinuidad en su participación; con ello se debilita la representatividad al Consejo y resta eficacia a las actividades emprendidas. Con cierta frecuencia se observa cómo los directores de las DIRESA, que

a su vez son presidentes de los CRS, convierten estas instancias en “cajas de resonancia” de los asuntos organizacionales de las DIRESA, sin valorar suficientemente su potencialidad como espacios de despliegue de la función de rectoría sobre las organizaciones del sector y la sociedad civil, donde se construya la agenda político-sanitaria de la “región”.

Las relaciones entre los CRS y los GR no son precisas, cabe analizarlas a partir de hechos concretos como el proceso de formulación de políticas y planes regionales de salud. Según la LOGR estas funciones corresponden a los GR y son de directa responsabilidad de las GRDS, a su vez la ley del SNCDS define a los CRS un rol básicamente promotor en tales casos, pese a ello, la participación protagónica de los Consejos en la formación social de políticas y planes constituye un buen indicativo del trabajo coordinado entre ambos órganos, o por lo menos de respaldo a la labor de los Consejos. Falta saber si este respaldo se convertirá en compromiso real con llevar adelante las prioridades y políticas de salud que emergen de estos procesos. La Ley del SNDC, tal como se manifestó, no considera las relaciones formales y estables entre el CNS y los CRS, situación que abona y desdice de su carácter sistémico. La Secretaria de Coordinación del CNS



periódicamente realiza eventos a los cuales asistente representantes de los CRS, pero formalmente no existe representación de los Consejos Regionales y Provinciales en el Consejo Nacional.

En suma, el factor más importante en el proceso de legitimación de los CRS es sin duda su capacidad y dedicación por generar iniciativas a favor del desarrollo regional, en consecuencia, será importante analizar el desarrollo diferenciado de los CRS pues existen notorias diferencias. Aquellos CRS que alcanzan cierto nivel de eficacia y ganan representatividad social se debe usualmente al nivel de legitimidad en su composición y más aun al reconocimiento de la calidad de sus miembros.

Respecto de los CPS es poco lo que se puede decir pues más allá de su instalación, no se conoce ningún caso de funcionamiento mínimamente regular. Supuestamente se instalaron 124 CPS¹⁸. Esta instancia de concertación por la salud es a todas luces excesiva, pues en su afán sectorialista tiende a fragmentar innecesariamente los procesos de desarrollo local que por su naturaleza son de carácter integral. Adicionalmente, la ley del SNCDS asigna el liderazgo de estas instancias a la profesión médica representada por el Colegio Médico del Perú quien a través de sus Consejos Regionales asume la convocatoria e instalación, sin que haya razón que

justifique esta decisión que obviamente correspondería a las autoridades de los gobiernos locales.

- Descentralización política nacional

En esta orientación se promulgaron un conjunto de leyes genéricamente conocidas como las leyes descentralizadoras, las más importantes fueron la Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y la Ley Orgánica de Municipalidades, completadas años después con la promulgación de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. A través de este cuerpo jurídico se buscó configurar una nueva arquitectura de poder en el aparato del Estado y en las relaciones entre el Estado y la Sociedad. Se trata de transformar al gobierno centralista del Estado Peruano en un gobierno descentralizado en tres niveles: Nacional, Regional y Local o Municipal, para a partir de estos cambios promover un redimensionamiento del proceso de desarrollo nacional que tenga como eje el territorio (la región, la provincia, el distrito) y los desafíos que de allí surgen.

La normatividad legal de la descentralización determina que la Salud Pública es competencia compartida por los tres niveles de gobierno, consecuentemente la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales¹⁹ (LOGR) define 15

¹⁸ <http://www.minsa.gob.pe/portal/02ConsejoNacional/cns-consejosprovincial.asp>

¹⁹ Ley N°27867. Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales

funciones en salud a ser trasferidas a los gobiernos regionales.

De manera similar la Ley Orgánica en Municipalidades²⁰ (LOM) se establece las funciones en materia de salud que han de cumplirse por los Gobiernos Locales (municipio provincial y distrital), éstas son:

- a) Gestionar la atención primaria de salud, así como construir y equipar postas médicas, botiquines y puestos de salud en los centros poblados que los necesiten, en coordinación con las municipalidades provinciales, los centros poblados y los organismos regionales y nacionales pertinentes.
- b) Realizar campañas locales sobre medicina preventiva, primeros auxilios, educación sanitaria y profilaxis. Igualmente, las leyes descentralizadoras condicionan el proceso de transferencia de competencias y funciones a la generación de capacidades regionales y locales para su adecuada recepción.

Por su parte el sector salud produjo un conjunto de cambios legales previos a la dación de las leyes descentralizadoras que rápidamente entraron en contradicción con la propuesta de descentralización, entre ellas la Ley del Ministerio de Salud que da el sustento orgánico y funcional al MINSA y Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), a la cual

ya se hizo referencia.

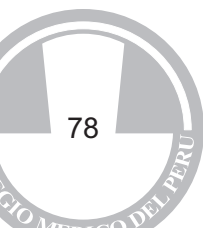
Una vez promulgada la normatividad descentralizadora, el Ministerio de Salud, elabora la “Hoja de Ruta de la Descentralización”, con el objetivo de “encaminar el proceso y dilucidar qué modificaciones y adecuaciones se tienen que llevar a cabo para operativizar la descentralización”²¹. Este instrumento, sin duda necesario para dar orientación de largo plazo al proceso de descentralización, pecó de ser excesivamente normativo, un enfoque estratégico de proceso, donde se defina cursos de acción diferentes según escenarios sociopolíticos, hubiese sido de mayor ayuda.

En tales condiciones se inicia el proceso de transferencia de competencias y funciones en salud según lo dispuesto para lo cual el Consejo Nacional de Descentralización, el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales, tras varias reuniones nacionales, formularon conjuntamente el Plan de Transferencia para el periodo 2005-2009.

En enero del 2003 se promulga la Ley 27902, Ley que modifica la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N° 27867, donde se regula la participación de los alcaldes provinciales y la Sociedad Civil en los Gobiernos Regionales y se fortalece el proceso de Descentralización y Regionalización, y en su duodé-

²⁰ Ley N° 27972. Ley Orgánica de Municipalidades

²¹ MINSA. Hoja de Ruta para la Descentralización de la Función Salud. Marzo 2005



cima disposición complementaria se define el régimen de las Direcciones Regionales Sectoriales como órganos “responsables de la implementación y ejecución de las políticas nacionales sectoriales y de las políticas regionales sectoriales en el ámbito regional. Están bajo la dirección del Sector y de la Gerencia Regional correspondiente, respectivamente, ante quienes dan cuenta de su gestión.”

Concurrentemente el 2003 se “inició la descentralización financiera en el Perú, al trasladarse los recursos económicos de los CTAR, a los nuevos gobiernos regionales. La descentralización se dio “de facto” sin haberse efectuado las transferencias sectoriales correspondientes. Con el objetivo de evitar una descentralización parcial, se constituyeron en los sectores comisiones de transferencia”²².

En Julio del 2004 se promulga la Ley N° 28272, Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales, que comprende “la capacitación, asistencia técnica y el conjunto de criterios, instrumentos, procedimientos y normas necesarios para determinar la capacidad de gestión de los Gobiernos Regionales y Locales, y optimizar la calidad de los servicios públicos”. La implementación de mecanismos de acreditación de capacidades para recibir en transferencia

competencias y funciones constituye una práctica relevante y eficaz en experiencia internacional pues permite valorar criterios a tenerse en cuenta en el proceso tales como la gradualidad, la modalidad de transferencia, los recursos que deben acompañar las competencias y funciones transferidas, la capacitación necesaria, la información pertinente para realizar el seguimiento del proceso y la vigilancia ciudadana, entre otros²³.

La acreditación de capacidades comenzó auspiciosamente, aunque pronto fue truncada.

El cambio de gobierno producido el 2006 trajo consigo un conjunto de modificaciones, al parecer destinadas a debilitar el proceso de descentralización, entre ellas la desactivación del Consejo Nacional de Descentralización transformándolo en una secretaría, de pobre capacidad de decisión, dependiente de la Presidencia del Consejo Nacional (PCM), igualmente modifica sustancialmente el sistema de acreditación de capacidades a fin de apurar la transferencia de competencias y funciones. Para ello, se deja de lado la normatividad vigente hasta entonces y se diseña una modalidad de certificación a cargo de la mencionada Secretaría de Descentralización basada en aspectos exclusivamente formales de carácter documental que

²² MINSA. Op. Cit.

²³ Lazo O. Análisis del Plan de Transferencia de Competencias del Sector Salud a los Gobiernos Regionales y Locales, correspondiente al quinquenio 2005-2009. Informe de Consultoría. Defensoría del Pueblo, 2005.

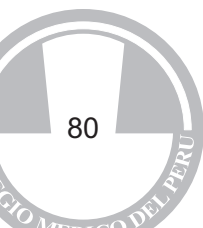
difícilmente pueden dar cuenta del real desempeño de los Gobiernos Regionales y las DIRESA. Situación que fue corroborada cuando se trata de monitorizar el proceso de descentralización en salud y se encuentra que hay “bajo grado de ejercicio de las funciones transferidas, ya que la mayoría de los gobiernos regionales (87%) se encuentra por debajo del 45% de cumplimiento de dichas funciones”²⁴.

De manera abrupta, en octubre del 2006 se emite el D.S. 077-2006 mediante el que se dispone iniciar la transferencia de la “atención primaria de salud” a las municipalidades provinciales y distritales, para ello se desarrollarán proyectos piloto en los departamentos. Para implementar esta directriz el MINSA se vio obligado a formular una definición de atención primaria de salud que se ajustase a la supuesta intención política de la medida e inicia las experiencias piloto en solo 05 departamentos del país: Apurímac, Cajamarca, Lambayeque, La Libertad y San Martín. Este proceso de transferencia si bien fue impulsado desde el MINSA, compromete fundamentalmente a las DIRESA de los gobiernos regionales y a las municipalidades, que no solo no fueron consultados sino que en reiteradas ocasiones han dado a conocer su desacuerdo.

Es fácil apreciar que esta medida

de política no guarda relación con las capacidades, recursos, ni voluntad política de los municipios, por ello resulta apresurado iniciar este proceso sin tener presente el tránsito de municipalidades a gobiernos locales. Este es un asunto bastante más complejo, no se trata solamente de un cambio en el status jurídico, tampoco es un cambio tecnológico que se suple con la generación de nuevas capacidades, estamos ante un cambio político y cultural en tanto modifica sustantivamente la arquitectura de poder a nivel local, se busca transformar la tradicional municipalidad heredera del cabildo colonial de raigambre medioeval encargada como antaño de proveer servicios ciudadanos para que garantizaran condiciones básicas de vida urbana, como son la salubridad pública y ornato; en un nivel de gobierno del estado moderno y descentralizado encargado del desarrollo integral de un territorio. Esto exige, entre otros aspectos, cambios culturales, en primer lugar en la población que deberá migrar de ser un vecino del municipio –vecindad de carácter urbano- a ciudadano que ejerce sus deberes y derechos en miras al desarrollo de su provincia o distrito ante su gobierno local, y en segundo lugar, se deberá operar una transformación en la cultura de la institución municipal que lo lleve a incorporar una visión de desarrollo centrada en la población

²⁴ Cosavalente O. Sistematización del proceso de implementación del monitoreo y evaluación de la descentralización en salud en el nivel regional orientado a mejorar el desempeño de la función Salud, Lima 2010



y armónica con el ambiente.

Definitivamente, estos cambios exigen poner en juego un conjunto de mecanismos de inducción, aprendizaje, relevamiento de buenas prácticas, otorgamiento de incentivos, etc. Se requiere reconocer las grandes diferencias de desarrollo institucional para respetar y acompañar sus procesos sin apresuramientos que a la postre pueden traer resultados no deseados en la atención de la salud.

4. Perspectivas de la descentralización: problemas y desafíos.

Es importante recordar que al reiniciarse la vida democrática en el Perú, el año 2000, se logra un importante acuerdo entre las diferentes fuerzas políticas a nivel nacional destinada a impulsar el proceso de descentralización, que se expresó en la constitución de los gobiernos regionales, la elección de sus autoridades y el inicio del proceso de transferencia de competencias y funciones desde el gobierno nacional a las nuevas instancias de gobierno. Todo indica que el fracaso del referendo, realizado en octubre del 2005, con el fin de conformar las regiones debilita notoriamente este acuerdo y pone en cuestión, con lo que se fractura la voluntad política que le dio su impulso inicial²⁵.

También cabe resaltar que la regionalización que inicia la descentralización, adoleció de un problema esencial que fue el de constituir gobiernos regionales

sobre la base de los departamentos existentes, sin conformar previamente las regiones, una prueba más de que los tiempos políticos usualmente no se ajustan a los procesos técnicos. Esta decisión conducirá la constitución de gobiernos regionales estructuralmente débiles tanto por su escasa capacidad de acumulación política y negociación de una mayor cuota de poder al interior del Estado, como por estar sustentada sobre espacios-población (los departamentos) relativamente insuficientes en capacidades y recursos, es decir, con escasas ventajas competitivas como para emprender propuestas sostenibles de desarrollo donde, por el contrario, se alientan viejos recelos y pugnas interdepartamentales por la administración de los recursos, principalmente aquellos contenidos en más de un departamento. En este contexto, avanzar en la institucionalización de los gobiernos regionales pasa a ser un desafío crucial.

En el sector salud, la descentralización concitó un conjunto de legítimas expectativas en los actores sanitarios y la opinión pública “regional”: transferencia de poder para tomar decisiones más cercanas y ajustadas a las necesidades de salud la población con la consecuente mejora en la atención de su salud; implementación de planes de desarrollo regional donde la “cosa social”, incluida la salud, fuese un componente central; el establecimiento de espacios de participación y ejercicio democrático que cautelasen

²⁵ Diferentes estudios e investigadores coinciden en esta opinión. Ver PRODES. Procesos de Descentralización 2009. Balance y Agenda Crítica. Pág. 15.; CIES. Balance del Proceso de Descentralización. Economía y Sociedad, setiembre 2009.

el buen gobierno en salud. En síntesis, más y mejor salud fueron los desafíos que daban sentido y significado al proceso descentralizador.

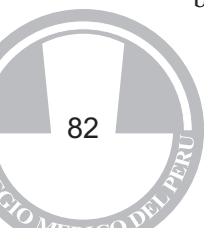
Lamentablemente, muchos de estos desafíos ni siquiera fueron abordados, se puso grandes esfuerzos y se agotaron las energías en conseguir los medios – transferencia de competencias, funciones y recursos- y se hizo poco o nada para lograr los fines – democratización, participación y desarrollo –, como se suele decir, se puso la carreta por delante de los caballos. El periodo de transferencia ha culminado pero las poblaciones del país encuentran que la mayor parte de sus expectativas están siendo frustradas.

Posiblemente el mayor obstáculo para el logro de los fines propuestos, fuese la misma materia de transferencia, esto es, el mismo Estado y su sector salud, según la experiencia internacional los procesos de descentralización son exitosos cuando forman parte de un proceso mayor, el de la reforma del Estado y en particular el de la reforma de la salud. Se produjo la transferencia de un Sector Salud y de un Ministerio no reformados, esto es, acarreando diversos y crónicos problemas que arrastran desde su constitución. Un asunto particularmente importante es la marcada inestabilidad de los cargos de funcionarios, que atentan seriamente contra la institucionalidad de la gestión regional. A la base de esta situación está la ausencia

de carrera funcionaria que propicia el abuso de la designación de funcionarios por razones de confianza política o amical, cabe señalar que en el periodo 2003- 2006 por lo menos dos gobiernos regionales contaron con 12 diferentes directores regionales de salud.

Adicionalmente, otros factores atentaron contra el logro de los fines antes mencionados, entre los más importantes:

- Ausencia de una real descentralización fiscal que mantiene a los gobiernos subnacionales sujetos a las decisiones económicas muchas veces arbitrarias del gobierno nacional, principalmente el MEF.
- Pobre desempeño de los nuevos niveles de gobierno probablemente debido a las limitadas capacidades regionales para emprender los desafíos planteados, situación que se acentúa con el resurgimiento en los espacios regionales de los viejos vicios en la conformación de los equipos de gestión sanitaria donde, según se vio, no necesariamente cuenta la capacidad de las personas. La implementación del Aseguramiento Universal en Salud, viene poniendo en evidencia estas insuficiencias.
- La incursión del MEF como “superplanificador” del desarrollo social – obviamente de salud – mediante la creación de los denominados “programas estraté-



gicos” administrados por la estrategia de Presupuesto por Resultados (PpR), donde a los sectores –salud y educación– les cabe el mero rol de operadores. Esta modalidad de acción evade la reforma institucional de sector y fortalece la presencia del MEF como instancia planificadora a contrapelo de la necesidad de fortalecer a un órgano central de planificación del desarrollo

Esta situación de relativa parálisis del proceso de descentralización exige de un relanzamiento que inicie un nuevo ciclo, para ello es necesario generar un nuevo acuerdo político dirigido que ponga al centro el logro de los grandes fines y que organice los procesos con base a estos fines.

Es necesario construir de manera concertada una visión sobre la gestión sanitaria nacional descentralizada, eficaz en mejorar la salud de la población, participativa en sus decisiones, orientada por una visión de desarrollo sanitario²⁶. En este marco es necesario definir las competencias y funciones del Estado en el campo de la salud, es necesario que también los gobiernos regionales aprendan a ser Autoridad Sanitaria en sus ámbitos. Esto debe conducir a la creación de los mecanismos sociales y organizacionales que hagan viable esta visión.

Esto dará sentido a los espacios e instancias de concertación social por la salud. Esta visión de una gestión sanitaria descentralizada debiese orientar la revisión crítica del andamiaje normativo a la luz de la experiencia acumulada en la década, pues casi saltan a la vista deficiencias por exceso y por defecto que a la postre condicionan incertidumbre y malestar entre los representantes regionales, esto comienza a reflejarse en conflictos entre las autoridades y funcionarios del Ministerio de Salud y los de gobiernos regionales y Direcciones Regionales de Salud (DIRESA).

Sin duda avanzar hacia una verdadera descentralización fiscal es indispensable, pues de poco vale transferir recursos si su utilización esta sobrecondicionada por una compleja, y muchas veces arbitraria, normatividad, que en la práctica es un mentís a las competencias supuestamente transferidas a los gobiernos regionales

Finalmente, es imperativo implementar un amplio programa de generación de capacidades para fortalecer el desempeño tanto en la función de gobierno correspondiente a la Autoridad Sanitaria Regional, como la de organización y gestión del sistema prestacional público de la región.

²⁶ Monge expresa un pensamiento similar cuando señala “había consenso sobre la necesidad de descentralizar pero no de cómo descentralizar ni hasta dónde. Esto se traduce en la idea de un proceso abierto que se va reinventando en cada momento. No hay claridad en cuanto a las funciones de los diferentes niveles de gobierno. No hay un gran diseño o una gran visión compartida de lo que debe ser el proceso.” En: CIES. Balance del Proceso de Descentralización. Economía y Sociedad, setiembre 2009.



Al servicio de todos los Médicos del Perú

Fondo Editorial Comunicacional

*Estimulando la publicación médica
nacional de nuestros colegiados*

Ingrese gratuitamente al portal electrónico del Colegio Médico del Perú
www.cmp.org.pe

