

## IV. DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

OSCAR UGARTE UBILLUZ<sup>5</sup>

### 1. Marco conceptual

El tema de la descentralización en salud se enmarca necesariamente dentro de la reflexión y las propuestas sobre la descentralización política del país, antigua aspiración democrática planteada desde inicios del siglo XX, como respuesta al modelo centralista y oligárquico vigente a partir de la segunda mitad del siglo XIX.

La Constitución Política del Perú (CPP) de 1993, al igual que la de 1979, en su artículo 43º, define al Perú como una República democrática, social, independiente y soberana, cuyo Estado es uno e indivisible y cuyo gobierno es unitario, representativo y descentralizado. De acuerdo a la Carta Magna existen, por lo tanto, tres características fundamentales que marcan la organización política del país: su carácter democrático, su estructura de poder unitaria y su estructura de gobierno descentralista. En concordancia con ello, en todos los campos de la vida política del país incluyendo la salud pública, existe una función de gobierno nacional que garantiza la unidad y la democracia.

Dado el carácter fuertemente centralista de la historia del Perú, la descentralización se considera como un proceso permanente que tiene como objetivo el desarrollo integral del país (CPP 1993: art. 188º).

La concepción descentralista predominante en las últimas décadas ha establecido constitucionalmente que el territorio de la República se divide en regiones, departamentos, provincias y distritos, en cuyas circunscripciones se ejerce el gobierno unitario de manera descentralizada y desconcentrada (CPP 1993: art. 189º).

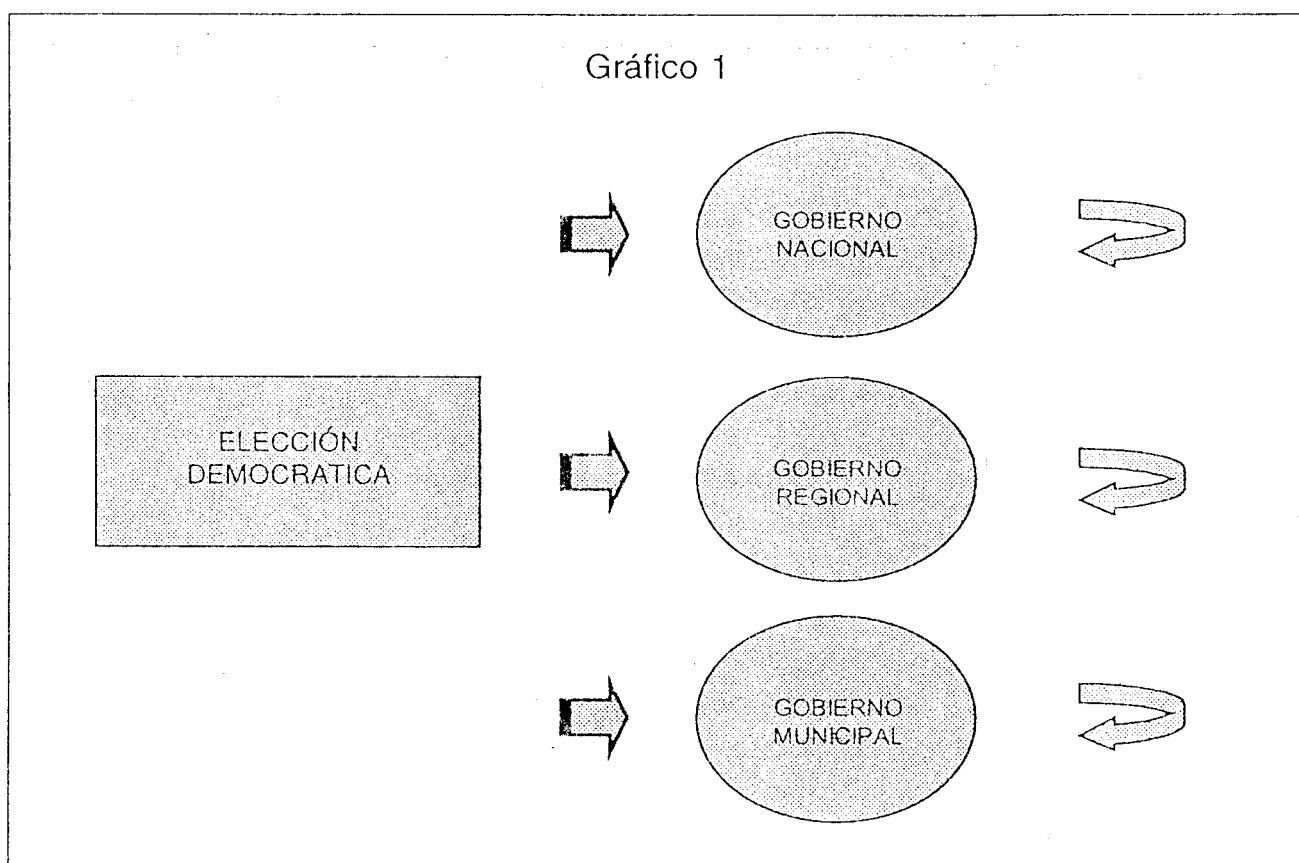
De acuerdo a la norma constitucional, las regiones se constituyen por iniciativa y mandato de las poblaciones pertenecientes a uno o más departamentos colin-

<sup>5</sup> Médico, especialista en Salud Pública, consultor de DESCO y docente en la Maestría de Gerencia de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de San Fernando.

dantes (de los 24 existentes). Las provincias y los distritos contiguos pueden, asimismo, integrarse o cambiar de circunscripción (CPP 1993: art. 190º). En consecuencia, la principal función subnacional de gobierno en todos los campos, incluyendo salud, corresponde a las regiones.

Las municipalidades provinciales y distritales son los órganos de gobierno local y tienen autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia (CPP 1993: art. 191º). De acuerdo a ello, las municipalidades tienen constitucionalmente la función de gobierno en el nivel local (entendido en el ámbito provincial o distrital).

Según el marco constitucional vigente, la estructura democrática, unitaria y descentralista se expresa en el siguiente gráfico:



## 2. Situación actual

### 2.1. Análisis de las funciones de salud

La descentralización en salud debe ser analizada tomando en cuenta las funciones que se ejercen en el sector; es decir, las funciones de: gobierno, financiamiento, administración financiera, formación de recursos humanos y prestación de servicios.

### **2.1.1. Gobierno**

De acuerdo con la Ley General de Salud<sup>6</sup>, la Autoridad de Salud la ejercen los órganos del Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno, de conformidad con las atribuciones que les confieren sus respectivas leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales en el campo de la salud. Según la misma ley, "la Autoridad de Salud de nivel nacional es el órgano especializado del Poder Ejecutivo que tiene a su cargo la dirección y gestión de la política nacional de salud y que actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud". En razón de la legislación citada, la función de gobierno en salud la ejerce el Ministerio de Salud, con las siguientes atribuciones:

- Normatividad
- Definición de la política nacional
- Conducción
- Control y fiscalización

La Constitución también otorga funciones de gobierno a los gobiernos regionales y municipalidades dentro de sus propios ámbitos de influencia.

### **2.1.2. Financiamiento**

La función de financiamiento en salud, de acuerdo a la legislación actual, está repartida entre el Estado, las empresas y los usuarios.

- El Estado: de acuerdo a ley, se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado (Ley N° 26842: art. VIII del Título Preliminar). A partir de 1997, se normó la asignación financiera del Estado, permitiendo la modalidad de acuerdos de gestión (R.M. 534-97-SA/DM: art. 3°). Según la Comisión de Monitoreo de la Seguridad Social, se estima que en el año 1997, el financiamiento estatal en salud fue de aproximadamente US\$ 800 millones; incluyéndose el financiamiento externo, en tanto crédito que es asumido por el Estado. Para el período 1994-1999, los programas con financiamiento externo fueron: el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, US\$ 98 millones (BID 68, OECF 20 y TP 10), el Programa de Salud y Nutrición Básica, US\$ 44 millones (BM 34 y TP 10) y el Proyecto 2000, US\$ 60 millones (AID 30 y TP 30). Para el período 2000-2005,

<sup>6</sup> Ley General de Salud (Ley N° 26842), del 20 de julio de 1997, arts. 123° al 127°.

el Programa de Apoyo a la Reforma financiado por el BM y el BID representaría un nuevo financiamiento por US\$ 276 millones.

- Empresas: la Ley de Seguridad Social establece el financiamiento de parte de las empresas, equivalente al 9% del salario de los trabajadores dependientes. Se calcula que en 1997, el monto global fue de US\$ 660 millones.
- Usuarios: se estima que en 1997, el gasto directo de las familias no cubiertas por el Ministerio de Salud o por la Seguridad Social fue aproximadamente de US\$ 535 millones. De ese monto, US\$ 130 millones correspondieron a seguros privados de salud.

### ***2.1.3. Administración financiera***

La función de administración financiera se encuentra repartida en los diferentes subsectores de salud, e inclusive al interior de un mismo subsector:

- MINSA:
  - Nivel Central, Direcciones de Salud (DISAs) y hospitales de Lima y Callao: la Oficina General de Administración del MINSA.
  - DISAs departamentales, hospitales regionales y departamentales y establecimientos de primer nivel: los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR).
  - Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS): el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG).
  - Seguro Escolar Gratuito (SEG): la Administradora de Riesgo del Seguro Escolar (ARSE).
  - Programas y Proyectos de Cooperación Externa: sus respectivas oficinas de administración.
- Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú:
  - Sanidad del Ministerio de Defensa.
  - Sanidad del Ministerio del Interior.
- Seguridad Social:
  - EsSalud (antes IPSS): el 100% de los aportes de quienes no migran al sistema de las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) y el 75% de aquellos que deciden migrar.
  - EPS: el 25% de los aportes al sistema, en los casos que opten por esta alternativa correspondiente a la "capa simple" de prestaciones.
- Seguros Privados:
  - Empresas aseguradoras.

### **2.1.4. Formación de recursos humanos**

La función de formación de recursos humanos, que es fundamental dentro de cualquier sistema de salud, ha sido asumida en el Perú de manera distinta según los niveles de los cuales se trate:

- Pre-grado: existe una gran dispersión en cuanto a la formación de recursos humanos en las distintas profesiones vinculadas a la salud, de manera tal que el tipo y la calidad de formación son muy heterogéneos dependiendo de cada universidad. En el caso de la formación de médicos, en las últimas tres décadas se ha pasado de 3 o 4 facultades de medicina a cerca de 30. Una situación similar o mayor se presenta en el caso de la formación de enfermeras u obstetras. En otras profesiones vinculadas a la salud pero que provienen del campo de las ciencias sociales como la economía, la administración, la sociología y la antropología, la formación de pre-grado ha sido prácticamente nula en cuanto a la problemática de salud.
- Post-grado: hasta la década de los 80, la formación de post-grado en las profesiones de las ciencias de la salud fue básicamente en el campo clínico, como lo demuestra la casi totalidad de escuelas de post-grado de las diferentes universidades del país. Prácticamente, la única institución encargada de la formación de post-grado en salud pública en el país, hasta fines de los 80, fue la Escuela de Salud Pública del Ministerio de Salud.
- Técnicos: la formación de personal técnico en el campo de la salud ha sido quizás donde mayor dispersión se ha producido, particularmente porque fue dejada principalmente a la iniciativa privada o a la espontaneidad de la práctica en los diferentes servicios de atención.

Esta situación ha creado un desfase entre las necesidades de salud del país y la formación de recursos humanos para satisfacer dichas necesidades tanto en el nivel de pre-grado como en el de post-grado o en el nivel técnico.

### **2.1.5. Prestación de servicios**

De acuerdo con el II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud (1996), la función de prestación está repartida en los diferentes subsectores, tal como se detalla a continuación:

- MiNSA: si bien la Reforma Sectorial promueve que el Estado no asuma la prestación de servicios de salud, la Ley General de Salud dispone su participación al señalar que "Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de los servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión

de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad” (Ley N° 26842: art. VI del Título Preliminar). Para la función de prestación de servicios, el MINSA cuenta con 5,933 establecimientos: 4,747 puestos de salud, 1,009 centros de salud, 136 hospitales y 41 centros de otro tipo.

- EsSalud: cuenta con 282 establecimientos, concentrados principalmente en las zonas urbanas: 195 centros de salud, 71 hospitales y 16 otros establecimientos.
- Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú: dispone de 20 hospitales o policlínicos.
- Privado: integrado por 244 hospitales o clínicas, concentrados principalmente en Lima y las capitales de departamentos.

## 2.2. Análisis de la cobertura de los subsectores de salud

### 2.2.1. Población enferma o accidentada que consultó por subsectores

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares de 1998, el subsector público es el gran prestador de servicios de salud en el país, siendo proporcionalmente mayor en las zonas rurales, tal como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 1  
Consultas por subsectores

Área de residencia	Subsector público (a)	Subsector privado (b)	EsSalud (c)	No especializado (d)
Zona Urbana	48.7	20.9	26.5	9.7
Zona Rural	72.6	13.4	5.5	14.3
Total*	55.1	18.9	20.8	10.9

Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 1998.

Notas:

(a) El subsector público comprende el MINSA y la Sanidad de las FFAA y PNP.

(b) El subsector privado comprende consultorios particulares, clínicas y domicilio.

(c) EsSalud comprende hospitales, policlínicos y puestos de salud.

(d) No especializado comprende farmacias o boticas, casas de curanderos y otros.

\* El total supera las 100 consultas porque existen personas que consultan en más de un subsector.

### 2.2.2. Hospitalización por subsectores

Al analizarse la prestación de servicios de hospitalización, el peso del subsector público es aún mucho mayor, ascendiendo a 65% del total nacional. En las

zonas rurales es de 81%, mientras que EsSalud es sólo de 12% y el subsector privado de 9%, como se observa en el Cuadro 2.

Cuadro 2  
**Hospitalización por subsectores**

Área de residencia	MINSA	EsSalud	FFAA y PNP	Privado	Total
Lima	53	26	8	13	100
Otras zonas urbanas	67	26	0	7	100
Zona rural	81	12	0	7	100
Total	65	23	2	9	100

Fuente: Task Forces. Agenda para la Primera Década. Salud. Instituto Apoyo, 2000, p. 14.

### **2.2.3. Atención ambulatoria por subsectores**

En la atención ambulatoria, el MINSA con 44% del total, también tiene mayor cobertura que los otros subsectores. La información sobre el subsector privado, con 36% del total de cobertura, incorpora en gran proporción a farmacias y boticas, así como al sector informal integrado por curanderos y otros.

Cuadro 3  
**Atención ambulatoria por subsectores**

Área de residencia	MINSA	EsSalud	FFAA y PNP	Privado	Total
Lima	36	20	4	40	100
Resto urbano	40	25	2	33	100
Zona rural	60	5	1	34	100
Total	44	18	2	36	100

Fuente: Task Forces. Agenda para la Primera Década. Salud. Instituto Apoyo, 2000, p. 14.

## **2.3. Análisis de los niveles de centralización y descentralización**

### **2.3.1. Nivel nacional**

En el nivel nacional existe una casi total desconcentración sectorial, con gran autonomía de los subsectores, a la vez que un gran centralismo en el MINSA. Esto se expresa en:

- El Sistema Nacional de Salud previsto por el Decreto Legislativo N° 584. Ley de Organización y Funciones del MINSA (1990), no funciona, existiendo una total desarticulación.

- El Consejo Nacional de Salud que debía cumplir las funciones de instancia coordinadora de todo el sector salud, no existe.
- Cada subsector se maneja con gran independencia, siendo muy relativo el rol rector del MINSA.
- El MINSA concentra en el nivel nacional las funciones normativas, de definición de políticas, de conducción y de control y fiscalización. No obstante, en reiteradas oportunidades, algunas de esas funciones han sido ejercidas directamente desde la Presidencia de la República, como en la Ley de Modernización del IPSS, la creación del SEG, la política de planificación familiar y la transformación del IPSS en EsSalud.
- Asimismo, el MINSA controla directamente el financiamiento de: las DISAs y hospitales de Lima y Callao, las CLAS de todo el país a través del PAAG, y el SEG de todo el país a través de ARSE Nacional.
- Los programas nacionales y los programas y proyectos de cooperación externa mantienen autonomía en la planificación y ejecución de acciones en el ámbito nacional.

### ***2.3.2. Nivel regional/departamental***

A raíz de la desactivación de los gobiernos regionales en abril de 1992, desaparecieron las instancias regionales en salud, quedando el ámbito regional circunscrito al ámbito departamental. Por lo tanto:

- El nivel regional desaparece, siendo reemplazado por el nivel departamental.
- El nivel departamental no tiene la relativa autonomía que tenían los gobiernos regionales a principios de los 90, pues depende de los CTAR nombrados directamente por el Poder Ejecutivo.
- Los CTAR administran los recursos de inversión, personal y gastos corrientes de las DISAs y hospitales regionales y departamentales.
- La función normativa es casi inexistente en el nivel regional/departamental.

Todas las funciones que tenían los gobiernos regionales, y que ahora son asumidas por los CTAR, han quedado subordinadas al Gobierno Central a través del Ministerio de la Presidencia, con lo cual se ha producido un retroceso significativo respecto a lo avanzado a finales de la década de los 80.



### **2.3.3. Nivel provincial/distrital**

Un problema básico en salud, pero que compromete también a todos los sectores de gobierno, es no reconocer la atribución de las municipalidades de ser “gobiernos locales con autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia”, como lo establece el artículo 191º de la Constitución Política del Perú (1993). Este desencuentro entre el nivel de gobierno nacional y el nivel de gobierno provincial/distrital se expresa en:

- El nivel provincial no es una instancia reconocida por el MINSA para la descentralización en salud.
- Las municipalidades provinciales tienen funciones en salud otorgadas por la Ley Orgánica de Municipalidades, como en el caso del saneamiento básico y la prevención, pero no son integradas en una propuesta de descentralización y coordinación del MINSA.
- El MINSA promueve las Unidades Territoriales de Salud (UTES), las Unidades Básicas de Administración de Salud (UBAS) o los Servicios Básicos de Salud (SBS) que algunas veces coinciden con el nivel provincial, pero la mayoría de las veces no se da el caso.
- La no-coordinación MINSA/municipalidades provinciales genera conflictos de competencia y duplicidad de acciones, como en el caso de la expedición y el control de los carnés de salud.
- Las redes de establecimientos de salud no concuerdan necesariamente con la delimitación política de provincias o distritos. El criterio básico es el de integración poblacional, frecuentemente condicionado por las vías de comunicación o corredores económicos vinculados al concepto de cuenca o micro-cuenca.

### **2.4. Problemas prioritarios que afectan la equidad, eficiencia y calidad**

Entre los principales problemas que afectan el funcionamiento de los servicios de salud se encuentran los siguientes:

- a) Los subsectores MINSA, Sanidad de las FFAA y PNP y EsSalud son en gran medida compartimentos estancos y altamente centralizados en su interior.
- b) El subsector privado es disperso y se encuentra principalmente en las grandes ciudades.

- c) Existe una gran desproporción entre los recursos y las responsabilidades que tienen los diferentes subsectores, tal como se muestra a continuación:
- El MINSA, con un gasto per cápita de US\$ 28 anuales, asume el 65% de las hospitalizaciones y el 44% de las atenciones ambulatorias en el ámbito nacional, así como el 81% de las hospitalizaciones y el 60% de las atenciones ambulatorias en las zonas rurales (Ortiz de Zevallos y Pollarolo, 2000).
  - EsSalud, con un gasto per cápita de US\$ 105 anuales, asume el 23% de las hospitalizaciones y el 18% de las atenciones ambulatorias en el ámbito nacional; así como el 12% de las hospitalizaciones y el 5% de las atenciones ambulatorias en las zonas rurales (Ortiz de Zevallos y Pollarolo, 2000).
  - La Sanidad de las FFAA y PNP asume el 2% de las hospitalizaciones y el 2% de las atenciones ambulatorias en el ámbito nacional. En el ámbito rural no asume hospitalizaciones y sólo el 1% de las atenciones ambulatorias (Ortiz de Zevallos y Pollarolo, 2000).
  - El sector privado asume el 9% de las hospitalizaciones y el 36% de las atenciones ambulatorias en el ámbito nacional; así como el 7% de las hospitalizaciones y el 34% de las atenciones ambulatorias en las zonas rurales (Ortiz de Zevallos y Pollarolo, 2000). Debe tenerse en cuenta que por lo menos el 50% de las atenciones ambulatorias del subsector privado corresponde a farmacias (principalmente en las zonas urbanas) y a curanderos o promotores de salud (especialmente en zonas rurales)<sup>7</sup>.
  - En 1994, el MINSA atendió al 13% de la población asegurada en EsSalud y al 10% de la población con seguro privado (OPS 1998).
- d) Existe una distribución de establecimientos y recursos humanos con criterios de priorización exclusivos en cada subsector, lo que lleva a formas diferentes y contradictorias de organización regional y local.
- e) El MINSA mantiene una tradicional organización centralista, concentrando las funciones de gobierno y conducción en la Alta Dirección y las de prestación de servicios en los niveles regionales y locales.
- f) Se produce un divorcio entre la organización del subsector MINSA y la organización política del país en regiones, departamentos, provincias y distritos.

<sup>7</sup> Demanda de Atención en Servicios de Salud, 1998. Perú: INEI \ ENAHO: p.59,

- g) No se da un reconocimiento oficial a las experiencias de participación ciudadana y de movilización de actores locales, como los Comités Locales de Salud, las Mesas de Concertación de Salud y los Comités de Coordinación de Salud, en muchos distritos y provincias del país.
- h) Pese al incremento de la oferta por un mayor número de establecimientos de primer nivel, subsiste una importante demanda insatisfecha debido a la inaccesibilidad física y económica, a las limitaciones culturales y a problemas en la calidad de la atención, como lo demuestra la Encuesta Nacional de Hogares de los años 1995 al 1998, cuyos resultados se presentan en el Cuadro 4. Un factor que marcadamente dificulta el acceso a los servicios, con tendencia al crecimiento, es la baja calidad de la atención y la falta de confianza y de credibilidad. Estudios cualitativos realizados en los últimos años sobre la calidad de la atención revelan la intervención de factores culturales como explicación de la desconfianza de gran parte de la población y de la percepción de la mala calidad en la atención.

Cuadro 4

**Causas por las cuales la población enferma no acude a los servicios de salud**

Causas	1995	1996	1997	1998
1. Falta de recursos económicos	65.0	54.4	62.2	40.4
2. Ausencia o lejanía de servicios de salud	11.0	7.3	9.4	6.0
3. Mala calidad de la atención	5.3	5.7	5.0	6.6
4. Falta de confianza y credibilidad	N/D	N/D	N/D	31.7
5. No deseó consultar	19.7	37.6	23.4	15.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

### 3. Cambios en la década de los noventa y principales tendencias

En la década de los 90 se han producido cambios que afectan el desenvolvimiento del sector salud, entre los que se destacan la acentuación del centralismo, la descentralización focalizada a través de los CLAS y la incorporación de las municipalidades en materia de salud.

#### 3.1. Acentuación del centralismo como tendencia principal en el sector salud

Al frustrado proceso de regionalización de fines de los 80, le ha seguido un fortalecimiento del centralismo: la Alta Dirección ha asumido funciones que antes fueron delegadas a los gobiernos regionales; la distribución de los presupuestos

regionales de salud es francamente regresiva (una asignación per cápita mayor para los departamentos más ricos) (Ortiz de Zevallos y Pollarolo, 2000); y las DISAs ejercen funciones administrativas más que de gobierno. Los esfuerzos realizados por los programas para favorecer la equidad y la eficiencia, no han fortalecido las instancias subnacionales del MINSA y la capacidad de decisión para la inversión, equipamiento y contratación de personal se concentra en el nivel central.

### **3.2. Los CLAS como experiencia de descentralización focalizada**

Las nuevas experiencias de descentralización en el sector salud son exclusivamente sectoriales y no son parte de un proceso de descentralización política del país. La principal de estas experiencias es la formación de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), iniciada en 1994 y que se ha ido extendiendo progresivamente hasta incorporar en la actualidad a aproximadamente el 20% de los establecimientos de primer nivel.

Los logros y limitaciones de los CLAS dependen principalmente del mayor o menor nivel de participación efectiva de la comunidad, lo cual a su vez depende, en gran medida, de las facilidades o dificultades que los representantes del sector han otorgado a la experiencia. Los resultados pueden evaluarse tomando en consideración los criterios de equidad, eficiencia, eficacia y calidad:

- **Equidad:** los principales factores que afectan la equidad en el acceso a los servicios de salud son las limitaciones económicas de la población y las barreras culturales existentes. Respecto a las primeras, los CLAS no representan una solución por cuanto tienen que ceñirse a los acuerdos de gestión que establecen que toda exoneración de pago debe ser asumida por el propio establecimiento. En cuanto a las barreras culturales, éstas dependen principalmente de los recursos humanos y de la normatividad existente, frente a lo cual la administración compartida tiene pocas posibilidades de intervención.
- **Eficiencia:** es uno de los logros más importantes de los CLAS. Tanto la vigencia de los acuerdos de gestión, como la fiscalización de la comunidad, han permitido incrementar la productividad y un uso más racional de los recursos.
- **Eficacia:** la presencia de representantes de la comunidad en la identificación de problemas prioritarios y en la planificación local permite incrementar la eficacia de las intervenciones.
- **Calidad:** de acuerdo con las evaluaciones realizadas en los CLAS se han producido mejoras en la calidad, particularmente en el proceso de atención, con relación al tiempo de espera y al trato al usuario.

### **3.3. La propuesta del Gobierno sobre municipalización de los servicios de salud**

#### ***3.3.1. Competencias de las municipalidades***

La Constitución de 1993, al igual que la de 1979, reconoce a las municipalidades funciones de gobierno local y competencias normativas en salud dentro de su ámbito de influencia. Un ejemplo de ello son las ordenanzas municipales, que tienen fuerza de ley, y que norman la limpieza pública, la contaminación ambiental o la manipulación de alimentos.

La Ley Orgánica de Municipalidades reafirma las competencias de las municipalidades en materia de salud, priorizando las actividades preventivas y promocionales, y facultándolas a intervenir en el primer nivel de atención. En virtud de ello, a partir de la década de los 80 se han realizado importantes experiencias municipales en salud con amplia participación de la comunidad.

La Ley General de Salud reconoce que "la Autoridad de Salud la ejercen los órganos del Poder Ejecutivo y los órganos descentralizados de gobierno, de conformidad con las atribuciones que les confieren sus respectivas leyes de organización y funciones, leyes orgánicas o leyes especiales en el campo de la salud» (Ley N° 26842: 1997: art. 122°). Esta norma, sin embargo, es limitativa al establecer que "El ejercicio descentralizado de competencias de control en materias de salud, no supone, en ningún caso, el ejercicio de competencia normativa, salvo estipulación en contrario de la propia ley. La delegación de competencias de control en materia de salud, no supone, en ningún caso, la delegación de facultades normativas" (Ley N° 26842: 1997: art. 125°).

#### ***3.3.2. Alcances y limitaciones del Proyecto de Ley sobre municipalización de los servicios de salud***

La propuesta realizada por el exPresidente Alberto Fujimori, en su discurso del 28 de julio de 1999, no fue parte de una propuesta de descentralización política del país. Fue formulada exclusivamente para los sectores de salud y educación, pero sin relación con una propuesta de gobiernos departamentales o regionales, ni con una nueva propuesta de funciones de las municipalidades.

En diciembre de 1999, el Ejecutivo presentó ante el Congreso un proyecto específico de ley sobre la municipalización de los servicios de salud, donde se establecen las competencias de las municipalidades distritales en salud, transfiriéndoles los centros y puestos de salud. De acuerdo a ello, se transferirían los

recursos, personal, archivo y acervo documentario que corresponden a las direcciones regionales de salud; y se establecerían las siguientes competencias<sup>8</sup>:

- Administrar los recursos materiales, financieros y patrimoniales de su jurisdicción.
- Proponer al Ministerio de Salud la adecuación de los planes de salud y las normas sobre prestación para los centros y puestos de salud, de acuerdo a las necesidades y prioridades del ámbito geográfico de su responsabilidad.
- Implementar, en ese nivel, las acciones que correspondan a la Política Nacional de Salud diseñada y normada por el Ministerio de Salud.
- Supervisar la prestación de los servicios públicos de salud transferidos, dentro de su jurisdicción, en el marco de la Política Nacional de Salud y las normas pertinentes.
- Ejercer conjuntamente con los representantes de la comunidad, bajo formas de administración compartida (CLAS), las funciones que se establezcan en el Reglamento.
- Otras competencias que le sean asignadas reglamentariamente en virtud del proceso de descentralización de salud pública dispuesto por la presente ley.

De otro lado, quedaba normado que luego de la aprobación de la ley debería seguirse el siguiente proceso:

- Las Direcciones Regionales de Salud y de Educación se integrarán a sus respectivos Ministerios.
- Las municipalidades distritales solicitarán ser calificadas para la transferencia.
- Los Ministerios de Salud y de Educación evaluarán la capacidad administrativa de las municipalidades solicitantes.
- Habrá un período previo de fortalecimiento institucional de las municipalidades.
- Se suscribirán convenios de traspaso y gestión de las municipalidades con los sectores respectivos.

La ley sería reglamentada en un período de 120 días y el proceso global de transferencia a las municipalidades duraría un máximo de 4 años.

<sup>8</sup> Proyecto de Ley Orgánica de Descentralización del Servicio Público de Salud, artículo 2, diciembre 1999.

Esta propuesta no favorece la descentralización en salud, por cuanto mantiene todas las funciones principales en el nivel central, excluyendo a los gobiernos regionales y a las municipalidades provinciales y transfiriendo sólo a las municipalidades distritales la administración de los servicios. Ello, además, significaría la desarticulación de las redes de establecimientos que se han venido constituyendo en los últimos años y anularía la experiencia de los CLAS.

Con los cambios políticos producidos en el país en los últimos meses del 2000, la propuesta en referencia ya no tiene ninguna viabilidad y quedará únicamente como expresión del modelo centralista y autoritario que predominó en el país durante la década de los 90.

### **3.4. Manejo de los recursos humanos**

La Reforma de Salud no ha tenido una propuesta clara con relación a los recursos humanos. Ha oscilado entre una propuesta liberal extrema de despido de una gran cantidad de recursos humanos del MINSA y contratación flexible de personal en el mercado de trabajo, y otra de reconversión de recursos humanos mediante la capacitación.

La primera alternativa fue impulsada a principios de los 90 mediante la compra de renuncias, despidos o simplemente congelación de sueldos para motivar el éxodo del personal. Paralelamente, entre 1994 y 1997, se incorporaron 10,806 trabajadores (entre médicos, profesionales no-médicos y personal técnico) para ocupar puestos en establecimientos de primer nivel con contratos renovables de 90 días, sin derecho a vacaciones ni beneficios sociales. Se calcula que una quinta parte del total de trabajadores del MINSA se encuentra dentro de este régimen extremo de flexibilidad laboral.

El supuesto básico de la concepción liberal es que las nuevas funciones dentro de las reformas sanitarias deben ser asumidas por recursos humanos altamente capacitados, formados o reciclados por las universidades u otras instituciones de la sociedad civil sin intervención del Estado. Sin embargo, tal supuesto fracasa porque quien impulsa los procesos de reforma, que es el propio Estado como parte de las políticas de ajuste estructural, no tiene la capacidad para financiar la contratación de tales recursos humanos altamente capacitados, creándose un cuello de botella en los sistemas de salud. Como fuera señalado en la reunión de la OPS sobre recursos humanos en marzo de 1998:

“La flexibilización es un elemento insoslayable del escenario de las reformas sectoriales. Tiene posibilidades y también riesgos. Pareciera que su introducción acrítica y vertical entrañara más riesgos que beneficios. En un escenario sectorial como el de la Región, que en muchos casos no ha

podido superar defectos y limitaciones estructurales, la flexibilidad extrema con su secuela de inestabilidad laboral, precarización del trabajo y deterioro de condiciones básicas para el desempeño, no contribuirá a los cambios positivos en los servicios, pudiendo, por el contrario, agravar los problemas ya existentes” (OPS 1998).

Aparentemente, el gobierno peruano no quiso asumir el riesgo político de la flexibilización extrema del régimen laboral en salud y optó por una solución intermedia: el reciclaje de una parte de los recursos humanos existentes con salarios congelados, y la contratación en condiciones precarias de otra parte de éstos.

### **3.5. Participación ciudadana en salud**

#### ***3.5.1. El marco establecido por la actual Constitución, la Ley General de Salud y la Ley Orgánica de Municipalidades***

La legislación vigente promueve la participación de los ciudadanos en salud, pero básicamente como usuarios consumidores de un servicio. La norma constitucional de 1993 incorpora la visión de derechos en tanto participantes en el mercado, distinta a la de la constitución de 1979 que reconocía los derechos en tanto ciudadanos del país. Esta modificación resulta pertinente tenerla presente al referirnos al tema de la participación ciudadana en salud, ya que el reconocimiento del derecho de participar sólo sería para quien es usuario de un servicio y no para los otros ciudadanos.

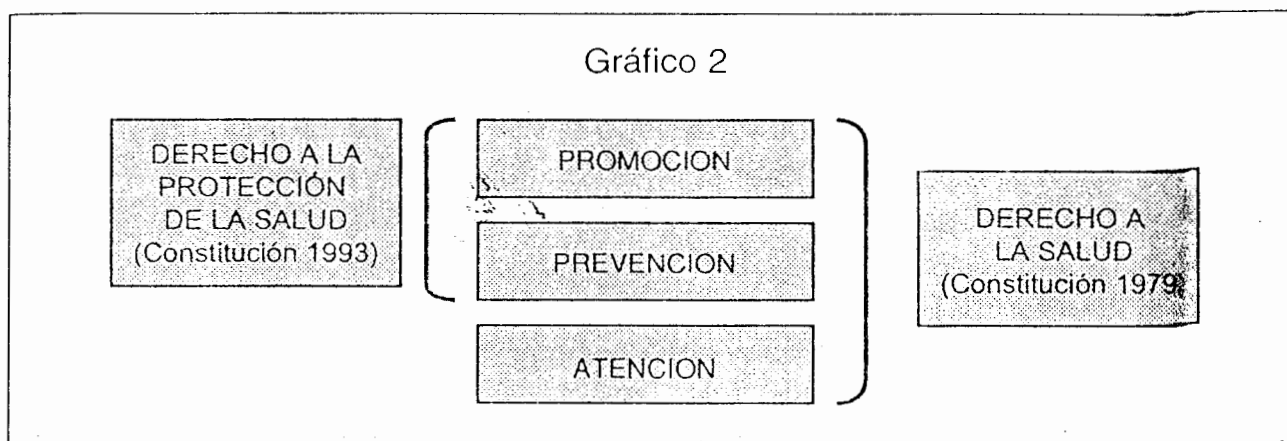
Sin embargo, la Ley Orgánica de Municipalidades promulgada en el marco de la anterior constitución tiene otra conceptualización de la participación ciudadana, en tanto expresión del derecho a intervenir en el proceso de toma de decisiones referentes al ámbito municipal. Como demostración de ello, desde la década de los 80 se dieron importantes procesos de participación social en salud promovidos por los gobiernos locales, tanto en Lima como en otros departamentos. Tales experiencias fueron coincidentes con procesos similares en diversos países del continente, que dieron lugar a la estrategia de sistemas locales de salud que la OPS promovió durante ese período.

La Ley General de Salud de 1997, al igual que la Constitución de 1993, reconoce el derecho a la participación de los ciudadanos pero básicamente en tanto usuarios individuales de los servicios de salud.

En la legislación vigente existe una visión restrictiva de los derechos que tienen los ciudadanos en salud, y eso se hace extensivo a la participación ciudadana. La actual legislación sólo reconoce el derecho a la promoción y prevención de la salud, mientras que la atención o recuperación no se considera un derecho, sino una



opción que tienen los ciudadanos de acuerdo a sus propias posibilidades económicas o sociales. La intervención del Estado en la atención de salud a través de seguros subsidiados como el Seguro Escolar Gratuito (SEG) o el Seguro Materno Infantil (SMI) no constituyen un derecho ciudadano, sino una decisión gubernamental de carácter político, que podría ser cambiada también por otra decisión política.



Los países vecinos como Colombia y Bolivia tienen legislaciones más adelantadas sobre la materia. La Ley 100 de Colombia del año 1993, que establece la reforma del sector salud, reconoce el derecho a la salud en un sentido amplio, aprobando nuevas formas de participación de la población, como las Juntas de Usuarios en los diferentes establecimientos de salud. En Bolivia, la Ley de Participación Popular del año 1995 garantiza el derecho de los ciudadanos organizados no sólo a supervisar a las autoridades de salud y autoridades municipales, sino que les otorga la potestad legal de frenar cualquier decisión local contraria a los intereses de la población.

### ***3.5.2. Experiencias de participación social en el nivel regional y local durante la década de los noventa***

Durante la década de los 90 se han desarrollado con participación del MINSA, básicamente dos tipos de experiencias de participación en salud: aquellas que fueron promovidas en situaciones de emergencia y las experiencias de los CLAS.

- Situaciones de emergencia: las más importantes experiencias se produjeron a principios de la década, con motivo de la epidemia masiva del cólera entre 1991-1992. Todos los analistas de ese período coinciden en que ésta logró ser frenada con relativo éxito, por la pronta respuesta del MINSA y la gran participación de la población en la difusión de medidas preventivas y en la adopción de medidas de emergencia. Un factor muy favorable fue la amplia experiencia realizada durante la década de los 80 para prevenir la Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) y evitar los cuadros de deshidratación infantil utilizando los sueros de rehidratación oral. El resultado más importante de ese trabajo

concertado MINSA-comunidad-gobiernos locales fue la baja letalidad de la epidemia, que alcanzó menos del 1%, porcentaje muy inferior a otras epidemias de esta misma enfermedad en otras partes del mundo.

También se han producido experiencias de participación en otras situaciones de emergencia, como fue la del Fenómeno del Niño en 1997-1998; o las desarrolladas en el caso de terremotos o inundaciones. En todas ellas, la participación de la comunidad representó el principal factor para garantizar la efectividad de las intervenciones sanitarias. La modalidad a través de la cual se produjo esta participación fue la intervención concertada del MINSA local, la comunidad, el gobierno local y otras instituciones como la Iglesia, ONGs, etc. El principal aporte de estas experiencias fue la estrategia de concertación, que ha sido sistematizada por diversas organizaciones no-gubernamentales y que se ha convertido en una estrategia de intervención permanente para muchas de ellas.

- Los CLAS como forma de administración compartida entre el MINSA y la comunidad: en la década pasada estas experiencias de participación fueron promovidas por el MINSA en los establecimientos de primer nivel. Entre 1995 y 1999 se han logrado constituir aproximadamente 700 CLAS a nivel nacional, lo que significa que sólo el 15% de los establecimientos de primer nivel tienen esta forma de administración en todo el país. En otro capítulo de este documento se hace un breve balance de esta modalidad de participación.

Llama la atención que al diseñar este modelo de administración compartida entre el MINSA y la comunidad, no se haya incorporado a otros actores sociales importantes como los gobiernos locales, a pesar de las experiencias de trabajo concertado como en los casos ya referidos.

## **4. Orientaciones prioritarias en la descentralización en salud**

### **4.1. Descentralización de la función de gobierno**

Las funciones de gobierno sectorial deben ser asumidas en forma conjunta y coordinada por el nivel central, el nivel regional o departamental y por los gobiernos locales, debiendo existir responsabilidades claras del gobierno central en cuanto a normatividad y a definición de políticas sectoriales, las mismas que en parte deberán ser transferidas a los niveles descentralizados regional/departamental.

Los gobiernos locales ya tienen algunas funciones de gobierno en salud, como el saneamiento básico, por ejemplo. De igual manera, deberán transferirse otras funciones, como el control y la fiscalización, que les permitirían ejercer realmente gobierno sectorial en su respectivo ámbito. Debe revertirse la tendencia existente

en los últimos años, al fortalecimiento del nivel central y debilitamiento de los gobiernos locales.

El principal nivel subnacional en salud, en reemplazo de los antiguos gobiernos regionales, debe ser el nivel departamental. La presente propuesta, por lo tanto, supone la constitución de nuevos gobiernos regionales departamentales, elegidos democráticamente. También supone las siguientes medidas de descentralización:

- Las DISAs pasan a depender del Consejo Regional de Salud donde están representados el Gobierno Regional, las municipalidades provinciales y las organizaciones sociales.
- Las DISAs asumen funciones normativas y de definición de políticas, en concordancia con la normativa y la política nacional, y por lo tanto sujetas a su ratificación por el nivel nacional.
- Las DISAs también deben asumir en forma descentralizada las funciones de conducción sectorial y de control y fiscalización en su ámbito.

De esta manera, la función de gobierno debe ejercerse en dos niveles:

- El nivel central (MINSA) se ocuparía de la conducción sectorial y de las políticas sociales en salud; la provisión descentralizada y co-gestionada de servicios de salud; la gestión y movilización de recursos para la producción de salud; la planificación de la producción institucional en salud, y la regulación sanitaria.
- El nivel regional (DISAs) se encargaría de la complementación de la normatividad y la aplicación de políticas en su ámbito; la conducción regional, y el control y fiscalización sectorial en su área de influencia.

#### **4.2. Financiamiento suficiente y equitativo desde el nivel central**

Una adecuada descentralización debe garantizarse con un financiamiento suficiente desde el nivel central, como garantía de una redistribución equitativa de los ingresos nacionales, favoreciendo a las municipalidades y sectores que menos recursos propios poseen. Debe adoptarse la forma de financiamiento nacional capitado, mediante la asignación del 8% de los ingresos nacionales a las municipalidades provinciales para el financiamiento de salud. Asimismo, deben modificarse los actuales mecanismos de financiamiento, asegurando recursos suficientes en tres niveles:

- Inversión en salud: actualmente se encuentra centralizada en el Ministerio de la Presidencia o en el Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) del

Ministerio de Salud. La provisión de los recursos debe seguir siendo una responsabilidad del nivel central, con el fin de garantizar equidad en el financiamiento nacional.

- Gastos corrientes: actualmente se canalizan a través del Ministerio de la Presidencia, los Comités Transitorios de Administración Regional, y en parte por el nivel central del MINSA. Los prestadores del servicio, en función de su capacidad de captación de recursos propios, deben compartir la responsabilidad de proveer recursos con el nivel central, que debe seguir siendo el principal proveedor de recursos.
- Seguros subsidiados: los que desde hace dos años están representados por el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y recientemente también por el Seguro Materno Infantil (SMI). Debe tenderse a estandarizar un tipo de seguro básico familiar gratuito para todos aquellos sectores que no tengan acceso al seguro social y que no puedan financiar directamente un seguro privado.

Estos tres tipos de financiamiento gubernamental en salud deben ser mantenidos y ampliados desde el nivel central, porque es la única forma de garantizar una redistribución equitativa de los ingresos nacionales. Una parte del financiamiento proporcionado por el nivel central a las municipalidades provinciales tendrá asignación previamente definida por el nivel central en función de las prioridades de la política nacional; y otra parte del financiamiento será utilizada de acuerdo al criterio de la planificación regional.

Complementariamente, se mantendrán los mecanismos de financiamiento contributivo del seguro social y del aporte privado.

### **4.3. Administración descentralizada del financiamiento**

Si bien el financiamiento debe ser garantizado principalmente desde el nivel central, la administración del financiamiento debe ser totalmente descentralizada en los niveles regional y local. La administración regional del financiamiento podrá ser efectuada a través de organismos de administración propios o encargada a instituciones especializadas. La descentralización de la administración de los recursos financieros debe darse en los tres niveles señalados anteriormente:

- Inversión: tanto los recursos del Ministerio de la Presidencia para inversión en salud, como los recursos del Programa de Salud Básica Para Todos deben ser administrados directamente por los gobiernos regionales y municipalidades provinciales. Únicamente transfiriendo la capacidad de decisión al ámbito departamental y provincial se puede garantizar mayor equidad en la inversión en infraestructura, equipamiento, etc., porque es allí donde se conoce más de

cerca la problemática local. Por lo tanto, éste se convierte en un aspecto básico de la descentralización. En el nivel nacional se reservará un porcentaje de la inversión para garantizar tanto el cumplimiento de las prioridades nacionales como una distribución equitativa.

- **Gastos corrientes:** el mecanismo de la administración de los recursos debe ser mediante acuerdos de gestión suscritos entre la DISA y autoridad regional de salud respectiva, y los hospitales o redes de establecimientos de salud de su ámbito.
- **Seguros subsidiados:** El financiamiento del SEG y del SMI deberá ser transferido a las regiones para su administración directa, sobre la base de la población escolar o materno infantil estimada. Ello permitiría resolver el grave problema que tiene la mayoría de establecimientos de salud (hospitales, centros y puestos) que brindan atención a los escolares, ya que el SEG, centralizado en Lima, efectúa los reembolsos con meses de retraso, ocasionando desabastecimiento de medicamentos e insumos.

La planificación regional y local deberá realizarse con una amplia base de participación social, para garantizar equidad y una adecuada priorización de las necesidades de la población.

#### **4.4. Prestación del servicio mediante acuerdos de gestión**

La prestación del servicio es una función operativa, que debe ser necesariamente descentralizada en el nivel de los hospitales y las redes de establecimientos correspondientes a cada ámbito regional/departamental. En dichos ámbitos deberán definirse los espacios geográficos a ser atendidos por cada hospital departamental y red de establecimientos, así como los mecanismos de referencia y contrarreferencia. En este nivel deberá darse una integración funcional de los establecimientos del MINSA, EsSalud, Sanidad de las FFAA y PNP, municipalidades y subsector privado.

La administración de los servicios corresponde a cada hospital departamental y red de establecimientos, mediante acuerdos de gestión a ser suscritos con la DISA respectiva en representación del Gobierno Regional.

La propiedad de los establecimientos quedará definida de la siguiente manera:

- Todos los hospitales, centros y puestos de salud del MINSA se transfieren a las municipalidades provinciales en cuyo ámbito están ubicados, conjuntamente con los recursos financieros, equipamiento, archivo y acervo documentario, los mismos que constituyen el nivel regional y local de atención de salud.

- Los hospitales nacionales y los institutos especializados siguen perteneciendo al MINSA, constituyendo el nivel nacional de atención de salud.

El personal de salud pertenece al MINSA, el cual los destaca a cumplir funciones asistenciales o administrativas en el nivel nacional o regional/local.

En la experiencia latinoamericana se contemplan diferentes tratamientos en cuanto a los recursos humanos. En el caso chileno, la transferencia de los recursos humanos a las comunas fue una forma, a través de la cual el gobierno central se desprendió de tal responsabilidad, y pasaron a haber tantos regímenes laborales como comunas hay, perdiéndose el trato igual por similar ejercicio profesional. En el caso boliviano, se mantiene un trato igualitario por lo menos en el ámbito departamental. Para el caso peruano proponemos un régimen común de tratamiento del personal, para evitar pérdida de los niveles profesionales y además garantizar mejores niveles remunerativos y de capacitación.

En cuanto a los recursos materiales, la administración local debe permitir un mantenimiento y mejoramiento de la infraestructura y equipamiento de los servicios, lo que significa un importante reto para la mayoría de gobiernos locales y su actual capacidad administrativa. En este sentido, se requiere un proceso de adecuación, que seguramente será diferente dependiendo de la capacidad de cada municipalidad.

#### **4.5. Niveles a considerar en el proceso de descentralización en salud**

##### ***4.5.1. Niveles sectoriales***

Se propone considerar tres niveles de organización sectorial:

- Nacional: representado por el MINSA, con funciones normativas y de definición de políticas.
- Regional/departamental: representado por la DISA, dependiente del Consejo Regional de Salud, constituido por representantes del Gobierno Regional, de las municipalidades provinciales del departamento respectivo y organizaciones sociales, con funciones de complementación normativa y de definición de políticas, además de las de conducción sectorial en su ámbito y de control y fiscalización.
- Operativo: representado por los hospitales departamentales y las redes de establecimientos, cuya propiedad es transferida a las municipalidades provinciales, con función exclusivamente de prestación de servicios.

#### **4.5.2. Atribuciones de los niveles**

El eje de la descentralización sectorial debe ser la descentralización del subsector público, lo cual dinamizará la descentralización del resto del sector salud. Para ello se proponen las siguientes líneas de acción:

➤ En el nivel nacional:

- El funcionamiento del Consejo Nacional de Salud, como instancia de concertación de las políticas nacionales, donde se encuentren representados los diferentes subsectores y las instituciones de la sociedad civil que actúan en salud.
- El fortalecimiento del rol del MINSA como conductor sectorial y encargado de la asignación del financiamiento en el subsector público y seguridad social, a fin de garantizar las prioridades nacionales.

➤ En el nivel regional/departamental:

- La constitución y funcionamiento del Consejo Regional de Salud, como instancia de concertación de las políticas sectoriales regionales, con representación de los subsectores e instituciones de la sociedad civil.
- La conformación de la DISA, como conductora sectorial en el ámbito regional, dependiente del Gobierno Regional.
- La definición de la modalidad de administración del financiamiento a través de una instancia especializada de la propia DISA, o de la contratación de terceros.

➤ En el nivel operativo:

- La redefinición de la función prestadora de los hospitales nacionales y departamentales, en razón de las prioridades nacionales y regionales de acuerdo a los siguientes criterios: administración en función de acuerdos de gestión suscritos con la respectiva DISA; presencia de gobiernos locales en un Consejo de Administración conformado por profesionales calificados, y presencia de la comunidad en un Consejo de Vigilancia.
- La consolidación de las redes de establecimientos como forma de organización funcional de hospitales de apoyo, centros y puestos de salud, a través de los mismos criterios utilizados en el caso anterior.

- La generalización de la modalidad de administración compartida tipo CLAS en el nivel del establecimiento local a través de: la administración en función de los acuerdos de gestión suscritos por la Red respectiva con la DISA, y la mayoría de integrantes del CLAS elegidos por la comunidad.

**Cuadro 5**  
**Sector salud descentralizado**

ESTRUCTURA POLITICA	ESTRUCTURA SECTORIAL			
GOBIERNO NACIONAL (Nivel Nacional)	MINSA			
	Administración Financiera	Subsector Público	Seguridad Social	
GOBIERNO REGIONAL- DEPARTAMENTAL (Nivel Regional)	DISA			
	MUNICIPALIDAD PROVINCIAL (Nivel local)	Hospitales departamentales	Hospitales departamentales Seguro Social	Clínicas, consultorios y otros servicios privados de salud
Redes de establecimientos		Redes de establecimientos Seguro Social		
Establecimientos administrados por CLAS				

#### 4.6. Participación ciudadana

Este es un aspecto importante en un proceso de descentralización de los servicios, por cuanto es la garantía de un compromiso de la sociedad en la identificación de los problemas, en la propuesta de soluciones, en la gestión de los servicios y en la fiscalización de los mismos.

En las últimas décadas, existen innumerables experiencias de participación ciudadana, tanto en salud como en educación que pueden ser recogidas y normadas. Para ello, el nivel más adecuado es el nivel local, porque es donde mayor participación social se ha dado.

En el caso de salud deben recopilarse desde las experiencias de los Comités de Salud y agentes comunitarios de salud impulsados en las últimas décadas, hasta las recientes experiencias de los CLAS. Sólo con el invaluable aporte de la ciudadanía se conseguirá que este proceso sea realmente descentralizado y democrático.



La comunidad debe estar representada en las diversas instancias prestadoras del servicio:

- En el nivel de establecimiento local: mediante la forma de CLAS u otras formas de representación como las juntas de usuarios. Recientemente, se ha producido un avance al modificarse la norma que establecía que el 50% de los representantes de la comunidad los designaba el MINSA y el otro 50% los elegía directamente la comunidad. Actualmente el 100% de los representantes de la comunidad los elige la propia comunidad.
- En el nivel de red: deberá establecerse una representación de la comunidad en el Consejo de Administración o en el Consejo de Vigilancia.
- En el nivel de hospital: igualmente debe establecerse una representación de la comunidad en el Consejo de Administración o en el Consejo de Vigilancia.

## 5. Estrategias para la viabilidad de la propuesta

El proceso de democratización iniciado en los últimos meses del año 2000 y las elecciones en el 2001, crean una situación más favorable para la viabilidad de la presente propuesta de descentralización sectorial como parte de la descentralización política del país.

### 5.1. Concertación con los actores sociales

Es indispensable abrir un proceso de concertación muy amplio en torno a la reforma del sector salud que facilite un nuevo período. Uno de los temas que deberá ser incluido es el referente a la descentralización sectorial, como parte de la descentralización política del país. Se requiere promover consenso o por lo menos coincidencias básicas con las siguientes instancias:

#### *a) Estado*

- MINSA: debe procurarse que asuma su rol rector sectorial, para lo cual debe convocarse al Consejo Nacional de Salud como principal espacio de concertación sectorial.
- Congreso: es importante que se promuevan los cambios legales pertinentes en la Ley de Regionalización, la Ley Orgánica de Municipalidades, la Ley Orgánica del Sector Salud y la Ley de EsSalud.

- Municipalidades: se deberá definir el tipo de necesidades de los gobiernos locales para que estén en condiciones de asumir la propiedad de los establecimientos de salud y participar con iniciativa en los planes regionales de salud.

### ***b) Organismos públicos desconcentrados***

- EsSalud: debe buscarse la concertación para lograr el proceso gradual de integración funcional de los servicios de salud en cada ámbito regional, adecuando procedimientos similares con los establecimientos municipalizados y que se propone sean manejados por las DISAs respectivas.

### ***c) Sociedad civil***

- Colegios profesionales: debe lograrse su colaboración a través del aporte técnico al proceso de descentralización nacional y regional, así como la orientación a los profesionales de salud en el nuevo contexto.
- Universidades: en este caso también se busca que aporten técnicamente al proceso de descentralización, así como para la adecuación de la currícula universitaria.
- Prestadores privados: debe incorporárseles recogiendo los aportes que puedan hacer al proceso de descentralización, garantizando su participación dentro de un sistema regionalizado de servicios.
- Organizaciones sociales: se trata de identificar las organizaciones que en cada ámbito regional están en condiciones de integrarse a instancias de concertación y fiscalización, tanto a nivel de hospitales como de las redes de establecimientos.

## **5.2. Temas críticos en la descentralización sectorial**

Existen tres temas críticos a tomar en consideración en la viabilidad de la propuesta de descentralización sectorial, que si no son adecuadamente tratados impedirían su aplicación.

### ***5.2.1. Concertación política***

La actual coyuntura política de un proceso de cambio de régimen, debe ser favorable a la concertación entre los diferentes actores en el sector salud. Los cambios en la conducción sectorial favorecen el diálogo entre los actores y el trabajo conjunto para definir políticas sectoriales de consenso. Una de ellas puede ser la relativa a la descentralización sectorial.

Las condiciones en la que se da paso a la transición democrática crean un nuevo escenario que debe ser aprovechado para proponer bases de acuerdo de largo plazo. Por ello, se requiere de un ánimo especial de acercamiento entre los diferentes actores en salud, para superar los inconvenientes que pudieran presentarse en el esfuerzo por conciliar posiciones en temas críticos.

### ***5.2.2. Desarrollo de capacidades***

La propuesta de descentralización presentada requiere de una real transferencia o desarrollo de capacidades en el ámbito regional o local, por lo menos en los siguientes niveles:

- Gobierno regional: se necesita construir una instancia de gobierno en cada ámbito regional/departamental, que sea en esencia diferente a los actuales CTAR. Se propone la constitución de un Consejo Regional de Salud que integre a todos los actores en el ámbito regional/departamental y que apruebe un plan regional de salud. Esto requiere combinar la capacidad de dirección política con el conocimiento técnico, lo que no siempre es posible.
- Dirección de Salud (DISA): se requiere de una nueva DISA como instancia de conducción sectorial en el ámbito regional/departamental, que dependa de la instancia política del gobierno regional. Ello precisa de capacidad técnica y experiencia.
- Municipalidades provinciales: se requiere de capacidad técnica en la medida en que recibirían en propiedad los hospitales y demás establecimientos y tendrían una participación decisiva en el Consejo Regional de Salud y en los Consejos de Administración de los hospitales y de las redes de establecimientos.
- Administración financiera: ya sea como instancia de la propia DISA o como instancia independiente que es contratada para dicha función. Se requiere desarrollar capacidades administrativas para poder monitorear los acuerdos de gestión en el ámbito regional.
- Capacidad gerencial en hospitales y redes: constituye uno de los aspectos más críticos en el desarrollo de capacidades en el nivel descentralizado y que tendrá que ser asumido en forma planificada y gradual.

### ***5.2.3. Recursos humanos***

El actual proceso de reforma sectorial no ha tenido una posición clara respecto a los recursos humanos. Inicialmente parecía que este aspecto era dejado al mercado de trabajo, quien aportaría los profesionales y técnicos para las respon-

sabilidades sectoriales. En todas las experiencias de reforma sectorial en América Latina en la década de los 90, el tema de los recursos humanos fue un vacío importante. En el caso peruano, en los últimos años se optó por la reconversión de los recursos humanos existentes. Sin embargo, la orientación de dicha reconversión ha sido errática, por las propias ambigüedades del proceso. La principal contradicción fue demandar recursos humanos altamente especializados para dirigir procesos de reforma en niveles intermedios, sin las remuneraciones adecuadas para los niveles de calificación exigidos debido a la política general de congelamiento de sueldos y salarios en la administración pública.

En general, el personal profesional del sector salud se considera mal tratado en el desempeño de sus funciones y en las remuneraciones vigentes, por lo que ha asumido la actitud de no-compromiso con el cambio. Avanzar en la descentralización significa delegar responsabilidades, y en consecuencia, garantizar capacidades para el cumplimiento de las funciones, además de la necesaria compensación tanto en condiciones de trabajo como en remuneraciones. Esto es lo que hace que el tema de los recursos humanos sea crítico en el proceso de descentralización del sector salud.

### **5.3. Aplicación progresiva en el ámbito nacional**

Una estrategia básica es la aplicación progresiva de la descentralización del sistema de salud, en un plazo no mayor de tres años. Sería conveniente abordar el proceso con tres tipos de departamentos en forma sucesiva.

#### ***5.3.1. Primera etapa***

Se propone iniciar este proceso con un grupo seleccionado de departamentos del país que se encuentran más integrados geográfica y administrativamente en salud, como por ejemplo: Piura, Lambayeque, Arequipa, Tacna, Cusco y otros con características similares. Ello tiene la ventaja de que se puedan diseñar rápidamente modelos de organización regional descentralizada debido a la experiencia acumulada, delimitando los hospitales y redes de establecimientos que correspondan a cada uno de estos ámbitos. Los pasos más importantes en este proceso serían:

- La constitución del respectivo Consejo Regional de Salud, con presencia del Gobierno Regional, municipalidades provinciales y los diferentes actores en materia de salud en la zona.
- La adecuación de la Dirección de Salud (DISA) a la nueva normatividad, como autoridad de salud a nivel departamental.

- La definición de las responsabilidades poblacionales y nivel resolutivo de los hospitales y redes de establecimientos en cada ámbito departamental.
- La elaboración de los acuerdos de gestión a suscribirse entre la DISA y los hospitales y redes respectivas.
- La definición de los niveles de participación de la comunidad en el funcionamiento del sistema regional de salud.

### ***5.3.2. Segunda etapa***

En esta etapa, se espera impulsar el proceso en Lima Metropolitana y el Callao, incorporando a todas las provincias del departamento de Lima. Además se debe tomar como base de la organización descentralizada las cinco DISAs actualmente existentes en dicho ámbito.

### ***5.3.3. Tercera etapa***

En esta última etapa, y para cimentar el proceso de descentralización del sistema de salud, se propone incorporar a todos los departamentos restantes previo diseño del modelo de organización más adecuado para cada uno de ellos, tomando en cuenta la existencia de poblaciones dispersas y de sistemas administrativos poco integrados.

## **Balance General**

Al frustrado proceso de regionalización de los años ochenta, le ha seguido un fortalecimiento del centralismo: la Alta Dirección ha asumido funciones que antes fueron delegadas a los gobiernos regionales; la distribución de los presupuestos regionales de salud es francamente regresiva (una asignación per cápita mayor para los departamentos más ricos); y las DISAs ejercen funciones administrativas más que de gobierno. Los esfuerzos realizados por los programas para favorecer la equidad y la eficiencia, no han fortalecido las instancias subnacionales del MINSA y la capacidad de decisión para la inversión, equipamiento y contratación de personal se concentra en el nivel central.

## **Problemas identificados**

- A pesar de que existe autonomía de los subsectores, el MINSA concentra las funciones normativas, de definición de políticas, de conducción y de control y fiscalización.
- La función normativa es casi inexistente en el nivel regional / departamental, mientras que las municipalidades provinciales tienen funciones en salud pero no son integradas por una propuesta de descentralización y coordinación del MINSA.
- No hay reconocimiento oficial de las experiencias de participación ciudadana y movilización de actores locales.

## **Recomendaciones**

- *Descentralizar la función de gobierno.* El principal nivel subnacional debe ser el nivel departamental. De esta manera la función de gobierno se ejercería en dos niveles: el nivel central (MINSA) que se ocuparía de la normatividad, definición de políticas sectoriales y conducción nacional; y el nivel regional (DISAs), que

complementaría la normatividad, aplicaría las políticas en su región, y se encargaría de la conducción, control y fiscalización sectorial en su ámbito.

- *Garantizar la distribución equitativa de los ingresos nacionales.* Destinar financiamiento suficiente y equitativo desde el nivel central. Para ello deben modificarse los actuales mecanismos de financiamiento, garantizando recursos suficientes a tres niveles: la inversión en salud, los gastos corrientes y los seguros subsidiados.
- *Establecer mecanismos de concertación.* La planificación regional y local debe hacerse con una amplia base de participación social, para asegurar la equidad y la adecuada priorización de las necesidades de la población. Para ello es necesario establecer mecanismos de concertación entre los actores: Estado (MINSA, Congreso, municipalidades), OPD (EsSalud) y sociedad civil (colegios, universidades, prestadores privados y organizaciones sociales).

**INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMATICA**

1999 *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 1998*. Lima: INEI.

1998 *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 1997*. Lima: INEI.

1997 *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 1996*. Lima: INEI.

1996 *Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 1995*. Lima: INEI.

**MINISTERIO DE SALUD\Oficina de Estadística e Informática**

1997 *II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud 1996*. Lima: MINSa.

**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

1998 *Recursos humanos: un factor crítico de la reforma sectorial en salud*. Reunión Regional de OPS, Costa Rica, marzo.

**ORTIZ DE ZEVALLOS, Gabriel y Pierina POLLAROLO editores**

2000 *Task Forces. Agenda para la Primera Década. Salud*. Lima: Instituto Apoyo, enero.

**REPÚBLICA DEL PERÚ, CONGRESO CONSTITUYENTE DEMOCRÁTICO**

1993 Constitución Política del Perú.