
POLÍTICAS DE SALUD
2001 - 2006

Edición: Lima, julio del 2001
Impreso en el Perú
© Consorcio de Investigación Económica y Social
www.consortio.org

Cuidado de edición: Martha Alvarez
Arte de carátula: Elena González

Hecho el Depósito Legal No. 1501162001-2263
Impreso por Visual Service SRL

ISBN 9972-804-15-1

Este libro y los estudios que reúne han sido posibles gracias al auspicio de la Embajada Británica-DFID.

El Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) está conformado por más de veinticinco instituciones de investigación y/o docencia y cuenta con el auspicio del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) y otras fuentes de cooperación.

Sobre los autores	9
Índice de siglas	13
Presentación	15
I. Lineamientos de políticas en salud 2001 – 2006 <i>Pedro Francke Ballve</i>	21
II. La función de gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud <i>Juan Arroyo Laguna</i>	35
III. Reestructuración institucional del sector salud <i>Jaime Johnson Rebaza del Pino</i>	95
IV. Descentralización en salud <i>Óscar Ugarte Ubilluz</i>	133
V. Salud de la población <i>Carlos Bardález del Aguila</i>	165
VI. Atención en el primer nivel <i>Alfredo Guzmán Changanahui, con la colaboración de Ariel Frisancho Arroyo</i>	203
VII. Los servicios hospitalarios en el Perú <i>José Palomino Roedel</i>	239
VIII. Los recursos humanos en salud <i>Giovanni Escalante Guzmán</i>	295

Juan Arroyo Laguna

Sociólogo, Magister en Salud Pública, Jefe del Departamento de Salud y Ciencias Sociales y Director de la Maestría en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Investigador y consultor en temas de reforma del Estado, políticas sociales, políticas de salud y gerencia social. Ha sido Director General de Planificación en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y consultor en diversos organismos internacionales. Ha publicado múltiples ensayos, artículos y libros, entre ellos: *Salud: La reforma silenciosa*.

Carlos Bardález del Aguila

Médico graduado en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con Maestría en Salud Pública en la Universidad de Alabama. Consultor en prestación, organización y gestión de servicios de salud, así como en políticas de salud. Ha trabajado en distintos organismos no-gubernamentales y en el Ministerio de Salud. Ha publicado diversos estudios de investigación en salud pública y ha participado en la elaboración de múltiples documentos sobre procedimientos de atención de salud, organización de servicios, entre otros.

Giovanni Escalante Guzmán

Médico egresado de la Universidad Nacional San Antonio de Abad del Cusco, con Maestría en Salud Pública para países en vías de desarrollo de la London School of Hygiene & Tropical Medicine (Londres). Trabaja desde hace nueve años en proyectos de cooperación internacional, con especial énfasis en desarrollo y gestión de recursos humanos. Es docente en las maestrías de Salud Pública de la UNSAAC (Cusco), UNMSM (Lima) y la UNDAC (Cerro de Pasco). También se ha desempeñado como coordinador del Proyecto de Apoyo a las Elecciones 2001 del DFID—Cooperación Británica.

Pedro Francke Ballve

Economista y Magister en Economía por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Profesor del Departamento de Economía de la PUCP y de la Maestría en Gerencia de Programas y Proyectos Sociales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Investigador y consultor en temas de pobreza, políticas sociales y economía de la salud. Director de la revista "Actualidad económica del Perú". Ha trabajado en el Banco Central de Reserva del Perú, el Ministerio de Economía y Finanzas, FONCODES y el Ministerio de Salud. Ha publicado, entre otros: *La educación pública, los pobres y el ajuste y Focalización del gasto público en salud.*

Ariel Frisancho Arroyo

Médico egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con estudios de Maestría en Salud Pública en la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Consultor en las áreas de Salud Pública (gestión de servicios de salud, desarrollo de recursos humanos) y Desarrollo Social. Docente de Salud Pública de la UNSAAC (Cusco) y de la UNDAC (Cerro de Pasco). Ha publicado el libro *Salud Comunitaria en el Ande Peruano: Reflexiones sobre una experiencia de cooperación con médicos y enfermeras en servicio rural.* Ha trabajado para instituciones públicas y agencias internacionales de cooperación, y en los últimos cinco años ha sido Director Ejecutivo de la Oficina de Cooperación Externa del Ministerio de Salud y coordinador del proyecto "Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud" (MINSAD-DFID). Actualmente se desempeña como asesor en servicios de salud en el proyecto REPROSALUD (USAID-Movimiento Manuela Ramos).

Alfredo Guzmán Changanáqui

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, egresado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con Maestría en Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Tiene 20 años de experiencia como consultor en salud reproductiva y salud pública para diversos organismos internacionales, entre ellos, USAID, Pathfinder, Population Council, AVSC, Futures Group, Mothercare, John Snow, UNFPA, BID, DFID. Implementó, organizó y dirigió el primer Programa Nacional de Planificación Familiar en el Instituto Peruano de Seguridad Social. Es miembro de misiones de país de UNFPA para República Dominicana y Ecuador. Fue representante por seis años de Pathfinder International para Latinoamérica Sur. Actualmente es Jefe del Gabinete de Asesores del Despacho Ministerial en el Ministerio de Salud.

Jaime Johnson Rebaza del Pino

Politólogo, especialista en reestructuración institucional y desarrollo humano. Realizó sus estudios de bachillerato y maestría en la Utah State University, donde se graduó en 1972. Siguió cursos de especialización en políticas de población y salud (EE.UU), y en descentralización (Alemania). Se ha desempeñado como Jefe de Unidad en Contradrogas y como consultor en el programa MINSAD-BID-BM. Ha sido, además, Director Ejecutivo de SUMMA y Director Nacional de INP-PNUD. Ha publicado, entre otros estudios: *Estructura y gestión del Estado, Una propuesta para reformar el Estado y Reforma y modernización del Estado: Experiencia Perú.*

José Palomino Roedel

Ingeniero civil, graduado en la Universidad Nacional de Ingeniería, con postgrado en Economía y Desarrollo Industrial en ILPES / CEPAL, Santiago de Chile. Fundador del INP, ha sido además Director General de Macroeconomía y coordinador del Primer Plan Nacional de Desarrollo del Perú. Se ha desempeñado también como Gerente General del Banco Industrial del Perú, Director de Programación General del Grupo Andino, Presidente de CONADE, Asesor de la Gerencia de Finanzas y Gerente General del IPSS. Ha publicado, entre otros libros: *El redimensionamiento de la actividad empresarial del Estado en el Perú y El impacto de la Ley 26790 en el IPSS: Plan de acciones inmediatas.*

Oscar Ugarte Ubilluz

Médico, especialista en Salud Pública. En los periodos 1984-86 y 1987-89 fue regidor de la Municipalidad de Lima, encargado de los Programas de Salud, Alimentación y Bienestar Social. Desde 1997 es consultor de DESCO en el Programa de Asesoría y Evaluación de Proyectos de Desarrollo. Es, también, miembro del Comité de Salud Pública del Colegio Médico del Perú y docente en la Maestría de Gerencia de Servicios de Salud de la Facultad de Medicina de San Fernando.

ÍNDICE DE SIGLAS

AFIPSS	Administración de Fondos del IPSS
ANR	Asociación Nacional de Rectores
APAFA	Asociación de Padres de Familia
ARSE	Administradora de Riesgo del Seguro Escolar
ASPEFAM	Asociación Peruana de Facultades de Medicina
ASPEFEEN	Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Enfermería
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CIAS	Comisión Interministerial de Asuntos Sociales
CIAEF	Comisión Interministerial de Asuntos Económicos y Financieros
CHS	Community Health System
CLAS	Comités Locales de Administración de Salud o Comunidades Locales de Administración de Salud
CONAREME	Comisión Nacional de Residencia Médico
CTAR	Consejo Transitorio de Administración Regional
DEPAC	Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria
DFID	Department for International Development
DIRES	Dirección Regional de Salud
DISA	Dirección de Salud
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENCA	Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENNIV	Encuesta Nacional de Niveles de Vida
ENNSA	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública
EPS	Empresas Prestadoras de Salud
ESAP	Escuela Superior de Administración Pública
EsSalud	Antes IPSS (Instituto Peruano de Seguridad Social)
FMP	Federación Médica Peruana
FONCODES	Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social
HIS	Health Information System

HSS	Health and Special Services
IEC	Información, Educación y Comunicación
INAP	Instituto Nacional de Administración Pública
INBS	Índice de Necesidades Básicas Satisfechas
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
LSH&TM	London School of Hygiene and Tropical Medicine
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MINSA	Ministerio de Salud
OECE	Overseas Economic Cooperation Fund (Japón)
OGA	Oficina General de Administración
OGE	Oficina General de Epidemiología
ONGD	Organización no Gubernamental de Desarrollo
OPD	Organismo Público Descentralizado
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSS	Organización de Servicios de Salud
PAAD	Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada
PAAG	Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
PAC	Programa de Administración Compartida
PSF	Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud
PMGH	Programa de Modernización de la Gestión Hospitalaria
PREC	Programa de Residencia en Epidemiología de Campo
PSBPT	Programa Salud Básica para Todos
PSCTA	Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino
PSNB	Proyecto Salud y Nutrición Básica
SBS	Servicios Básicos de Salud
SECIGRA	Servicio Civil de Graduandos
SEG	Seguro Escolar Gratuito
SEPS	Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud
SERUMS	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
SICI	Sistema de Información de Costos e Ingresos
SILOS	Sistemas Locales de Salud
SINAREME	Sistema Nacional de Residentado Médico
SMI	Seguro Materno Infantil
SVBP	Sistema de Pago por Valor Bruto de la Producción
TGF	Tasa Global de Fecundidad
TP	Tesoro Público
UBAS	Unidad Básica de Administración de Salud
UPCH	Universidad Peruana Cayetano Heredia
UTES	Unidades Territoriales de Salud
WHO	World Health Organization
ZONADIS	Zona de Desarrollo Integral de la Salud

PRESENTACIÓN

Los retos actuales en salud

Entrando a un nuevo siglo, el Perú tiene aún enormes retos en materia sanitaria, tanto con relación a la situación de salud y a las necesidades de la población, como a la organización de un sistema de salud que responda eficaz y eficientemente a estas necesidades. Para hacer frente a estos retos, es necesaria una acción bien orientada del Estado y de la sociedad peruana. Por ello, elaborar una propuesta acerca de lo que se debe hacer en los próximos años es indispensable.

El saldo del sector salud en la década de los noventa es contradictorio. Por un lado, se han logrado grandes avances en la recuperación y ampliación de la oferta de atención primaria de salud, tras la apertura o reapertura de cientos de centros y puestos de salud, el equipamiento de los mismos, la ampliación de horarios y el fortalecimiento de programas nacionales, en particular los referidos a la salud materno-infantil y a las enfermedades transmisibles. Pero, al mismo tiempo, son pocos logros en cuanto a la transformación de los sistemas de salud para alcanzar los objetivos de equidad, eficiencia y calidad que planteó la reforma.

En efecto, la reforma de salud es, en lo fundamental, una tarea aún pendiente en el Perú. Las orientaciones iniciales de la reforma mostraron ser insuficientes o inadecuadas para mejorar el sector. Estas orientaciones estuvieron marcadas por conceptos aplicados en otros países pero que, en líneas generales, no fueron adaptados a la realidad peruana. Tampoco se hizo un esfuerzo serio por concertar los puntos de vista de los distintos grupos interesados —*stakeholders*— en la reforma. Es cierto, sin embargo, que se desarrollaron diversas experiencias interesantes, como los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) o el Sistema de Pago por Valor Bruto de la Producción (SVBP) del IPSS.

Aunque a la luz de las lecciones aprendidas, es necesaria una reformulación de las políticas de salud y de su aplicación, no existen en la sociedad peruana espacios que permitan una discusión adecuada al respecto. Ello se debe a que existen diferencias y conflictos políticos mayores que dominan la escena política

nacional y tiñen la discusión sobre las orientaciones u opiniones relativas a la salud. Tampoco hay conexiones adecuadas entre los espacios técnicos y académicos, entre lo que discuten los profesionales de la salud y los científicos sociales, y lo que se debate en las esferas políticas. De esta manera, en salud se repite uno de los problemas que caracteriza al sistema político peruano: la supremacía de las discrepancias políticas y la improvisación. A pesar de ello, la política de salud es uno de los espacios con mejores posibilidades de resolver esta situación, debido a que —al igual que en el resto del mundo— no existen diferencias ideológicas tan marcadas entre las distintas fuerzas políticas y sociales.

Nuestro esfuerzo

En este marco, un proyecto del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), con el apoyo financiero del DFID del Reino Unido, se propuso aportar a la consolidación y profundización de la democracia y a una acción más eficaz del Estado y la sociedad frente a los problemas de salud del país. Los objetivos específicos de este proyecto de investigación han sido: apoyar el desarrollo de propuestas de política orientadas a transformar los sistemas de salud hacia una atención eficaz y eficiente de las necesidades de la población; y generar espacios de debate y consenso entre los principales grupos interesados respecto de las orientaciones que debe tener la política de salud en el próximo quinquenio.

La primera etapa del proyecto consistió en conformar un equipo interdisciplinario para la elaboración y discusión de documentos de análisis y propuestas en ocho temas fundamentales: 1) Prioridades de salud y programas nacionales, a cargo de Carlos Bardález; 2) Rol de gobierno y políticas intersectoriales, realizado por Juan Arroyo; 3) Reestructuración institucional, desarrollado por Jaime Johnson; 4) Descentralización, por Oscar Ugarte; 5) Hospitales y sistemas de referencia, por José Palomino, 6) Atención en el primer nivel, desarrollado por Alfredo Guzmán con la contribución de Ariel Frisancho, y 7) Recursos Humanos, por Giovanni Escalante. Un octavo tema, el de financiamiento, lamentablemente no pudo ser desarrollado porque el Ministerio de Salud, durante el gobierno anterior, impidió la participación de la consultora identificada para tratar este tema. Adicionalmente, para integrar los temas específicos en una visión global, Pedro Francke, coordinador del proyecto, elaboró la propuesta de “Lineamientos generales de política en salud 2001-2006” con la que se inicia este libro.

Además de discutir las contribuciones específicas, el equipo interdisciplinario destinó buena parte de su esfuerzo a debatir los aspectos centrales de la reforma, a fin de encontrar acuerdos e identificar las discrepancias y su magnitud. Así, esta tarea fue un ejercicio intelectual, pero también un ejercicio democrático. En este mismo afán, se presentaron los resultados a un grupo más amplio constituido por

funcionarios del MINSA y miembros del sector privado, el Colegio Médico y la cooperación internacional a través de cuatro talleres de discusión, lo que enriqueció las propuestas.

La visión global

El Perú puede y debe tener una política nacional de salud, de la que ha carecido la década pasada. Tal alternativa no es sólo la suma de muchos pequeños cambios, es una transformación global que requiere de un nuevo norte: establecer el derecho universal a la salud. Para hacer de la salud un derecho de todos los peruanos, son necesarias tres políticas fundamentales: democratizar el Estado, priorizar la universalización de los servicios básicos de salud y reorganizar los sistemas de salud.

Las orientaciones centrales de estas políticas deben ser:

- a) Democratizar el diseño y ejecución de la política de salud, haciendo que ésta sea planificada, discutida y concertada entre el Estado y la sociedad civil para que sea una política de Estado. Ello demanda una modernización y descentralización del Estado, con un Ministerio de Salud reestructurado, nuevos mecanismos para la acción interinstitucional, regiones de salud que sean instancias de gobierno y participantes de los municipios en la dirección de los servicios. También exige un fortalecimiento de la sociedad civil, particularmente de la organización de los pobres, para institucionalizar la participación social en la planificación y gestión de la salud.
- b) Priorizar el acceso universal a servicios básicos de promoción, prevención y atención de la salud. Para ello deben reorientarse los servicios de salud, fortaleciendo las políticas intersectoriales y las acciones de promoción y prevención de la salud, y priorizando la atención a los pobres, principalmente rurales. Asimismo, se debe establecer la gratuidad del acceso a un conjunto de servicios básicos, en el camino al aseguramiento universal, y desarrollar una política que abarate y amplíe el acceso a los medicamentos.
- c) Reorganizar los sistemas de salud, desarrollando un servicio de salud familiar comunitaria; terminando con la segmentación MINSA–EsSalud; organizando los servicios en redes de primer nivel y hospitales especializados de referencia; separando el financiamiento de la prestación para articularlos mediante acuerdos de gestión que promuevan la eficacia y eficiencia de los prestadores y del sistema, y promoviendo la participación del sector privado.

Los aportes específicos

Se propone que para lograr la ciudadanía en salud son necesarias modificaciones tanto en el Estado y la política de salud, como en la relación entre los ciudadanos y los servicios de salud. Juan Arroyo aborda este tema planteando que la reforma del Estado en salud debe conjugar la reforma técnico–gerencial con la reforma democrática, es decir, combinar la construcción de una institución con equipos técnicos solventes y permanentes, con la apertura del Ministerio de Salud a la participación de la población. Los elementos claves en este tema son el rescate, profundización y generalización de la experiencia de los CLAS y de las múltiples redes de voluntariados y promotores, y una sociedad civil capaz de realizar una labor de vigilancia social.

Sin embargo, tal cambio no puede operar si la institucionalidad pública encargada de la salud, el Ministerio de Salud y EsSalud, se mantienen como enormes aparatos burocráticos que deben responsabilizarse directamente de cada uno de los más de 6,000 establecimientos públicos de salud del país. Dos reformas simultáneas se proponen a este respecto. Jaime Johnson desarrolla el tema de la reestructuración institucional desde el punto de vista de las funciones que debe cumplir un Estado moderno: concentrarse no en remar sino en conducir. Se propone por ello que el Ministerio de Salud se encargue exclusivamente de la función de gobierno, y que se otorgue autonomía a la gestión de los servicios de salud de los hospitales y las redes de atención de primer nivel, orientándolos mediante acuerdos de gestión. Por cierto, un aspecto importante a destacar es que esta función de gobierno, que debe realizar el Ministerio, es sectorial, y debe incluir también la dirección de la seguridad social en salud y la orientación y promoción del sector privado, aspectos en los que el MINSA es actualmente casi ajeno.

La otra reforma fundamental en este aspecto es la descentralización, tema que aborda Oscar Ugarte. ¿Existe, acaso, otra manera de acercar el gobierno a la población, que darle a los pobladores voz y voto en las políticas y abrirles las puertas en la gestión de los servicios? Ugarte plantea un esquema de descentralización en el cual gobiernos regionales, inicialmente de base departamental, puedan definir prioridades regionales de salud, manejar su presupuesto en forma integral y ejercer funciones de regulación y fiscalización sanitaria. Los gobiernos locales, a su vez, deben cumplir un papel más importante en la gestión de los servicios de salud.

Si bien la reforma del Estado y de sus relaciones con la población es fundamental, los derechos en salud tienen que concretarse en las prioridades de salud y en la atención de las necesidades de la población. Como acertadamente plantea Carlos Bardález, el objetivo fundamental de cualquier reforma es mejorar el estado

de salud de la población, y por lo tanto es en el terreno de los servicios prioritarios y de la forma de brindarlos que se juega el éxito de la misma.

En ese sentido, dentro de la perspectiva de establecer el derecho a la salud, Bardález plantea que las prioridades se encuentran en las zonas rurales y en los grupos pobres, en las enfermedades transmisibles y en la salud materno–infantil, y que las enfermedades crónico–degenerativas deben empezar a ser enfrentadas. Hacer realidad tales prioridades, sin embargo, requiere una transformación importante de los servicios de salud, por dos razones: para que sean capaces de prestar estos servicios en forma eficaz, y para elevar su eficiencia y lograr los objetivos sin una carga excesiva para el erario nacional. Carlos Bardález plantea el tema de un sistema de salud familiar y comunitaria. Este consiste en equipos de salud que tienen una población asignada y que se responsabilizan de su atención integral en el domicilio, la consulta ambulatoria y en el hospital, teniendo como centro al núcleo familiar y la vivienda, interviniendo sobre los factores de riesgo existentes y realizando actividades de educación y promoción de la salud.

Como se ve, esto demanda una política también respecto de los servicios de salud. Tanto la acción preventivo–promocional como la atención básica de las principales causas de morbilidad y mortalidad son fundamentales. La acción del Estado debe estar orientada a resolver los principales problemas de estas áreas: reforzar la débil acción en la prevención–promoción —en particular en aquellos aspectos que requieren una mayor acción intersectorial—; ampliar la oferta de servicios en salud en zonas rurales dispersas con nuevos métodos, y reducir las barreras económicas, haciendo gratuito un conjunto de atenciones básicas priorizando las zonas más pobres.

Con relación a la atención en el primer nivel, Alfredo Guzmán y Ariel Frisancho proponen mecanismos para resolver los problemas existentes y fortalecerla, dando un paquete de servicios gratuito, adecuando culturalmente los servicios y mejorando la organización y gestión al planificar territorialmente los servicios, organizándolos en redes y usando nuevos sistemas de brigadas itinerantes o casas maternales para ampliar la cobertura geográfica.

También se enfatiza la necesidad de organizar un sistema de servicios de salud, con referencias y contrarreferencias en el cual las redes de primer nivel incluyan a hospitales locales, centros y puestos de salud. José Palomino desarrolla este tema, y en particular las condiciones para una reforma hospitalaria que considere una planificación estratégica de los hospitales en su conjunto y las condiciones para una gestión autónoma orientada mediante acuerdos de gestión. Palomino aborda también el tema de los mecanismos de financiamiento, proponiendo un mecanismo de transferencias per cápita, pero con correcciones por razones de costos diferenciales, aplicado paulatinamente en el tiempo.

Finalmente, Giovanni Escalante aborda el tema de los recursos humanos, que resulta fundamental si se quiere adecuar los servicios de salud a un nuevo modelo de atención. Se plantea, en este caso, la necesidad de adecuar la formación de los recursos humanos, descentralizar su gestión, distribuirlos adecuadamente y establecer formas de contratación que tengan simultáneamente condiciones básicas de seguridad y justicia, y la flexibilidad necesaria para evitar un anquilosamiento y burocratización excesiva.

Lo que queda por hacer

No pretendemos que esta propuesta sea la única base de discusión, aunque esperamos que sirva para promover y ordenar el debate sobre las políticas de salud. Tampoco pretendemos que se hayan tratado aquí todos los aspectos que debe tener una política nacional de salud: somos conscientes que otros aspectos, también muy importantes, como las políticas respecto de los medicamentos, el aseguramiento, la atención a la población rural, la educación en salud y el manejo medioambiental, han quedado pendientes.

Esta publicación es una síntesis de los esfuerzos realizados, y tiene como objetivo pasar a una segunda etapa, en la cual esperamos promover un debate más amplio, convocar a los distintos actores e interesados en el tema, para ir avanzando hacia un gran consenso nacional en salud. En educación, el gobierno ha convocado a un gran diálogo nacional, buscando un acuerdo nacional sobre el tema. Nuestra esperanza es que el esfuerzo realizado sirva para que, más temprano que tarde, podamos lograr algo similar en el sector salud.

Carlos E. Aramburú
Director Ejecutivo
Consortio de Investigación Económica y Social
Lima, julio del 2001

I. LINEAMIENTOS DE POLÍTICAS EN SALUD 2001-2006

PEDRO FRANCKE BALLVE¹

1. Introducción

Durante la década de los noventa se amplió sustancialmente la oferta de servicios públicos de salud, principalmente en los establecimientos de primer nivel, pero no se lograron avances sustantivos ni en eficacia ni en eficiencia y se mantuvieron severos problemas de equidad. Los intentos por resolver estos problemas, que inicialmente fueron parte de lo que se llamó “la reforma silenciosa”, dieron paso en los últimos años de los noventa, a una suma de “pequeños cambios descoordinados” con un sabor a desorientación y caos. Dichos intentos fallaron no sólo por la falta de norte del Estado peruano, sino también, por los sinsabores que reformas como la chilena han dejado entre los latinoamericanos preocupados por las políticas de salud.

Frente a esa realidad, la presente propuesta rescata la idea de que los peruanos podemos y debemos transformar nuestra política y nuestros sistemas de salud, de que no tenemos que resignarnos a los problemas que hoy nos aquejan. Por ello, la primera apuesta de este trabajo es que el Perú puede y debe tener una política nacional de salud. Más aún, tal alternativa no es sólo una suma de muchos pequeños cambios, es una transformación global. En ese sentido, rescatamos la idea de la reforma de salud, y le planteamos un nuevo norte: establecer el derecho universal a la salud. Afirmamos que debemos plantearnos ese gran reto y que éste será posible con la concertación de múltiples voluntades.

La reforma debe sumar cambios grandes y pequeños, rupturas y procesos. No puede ser exclusivamente ni lo uno ni lo otro: ni el diseño en gabinete de una nueva organización sistémica aprobada por ley, ni la idea de que sobre la base de proyectos parciales se transforman estructuras globales. Debe combinar un diseño global, con una diversidad de proyectos de cambio en diversas esferas que deben articularse bajo una orientación común, la misma que debe ser aprobada

¹ Economista (PUCP), profesor universitario, investigador y consultor en temas de políticas sociales y economía de la salud.

luego de un proceso de formación de consensos sociales y ser sujeta a permanentes revisiones y ajustes.

Ese es el propósito del presente trabajo: establecer las orientaciones generales, el diseño global de la reforma, y las conexiones y vínculos con las principales áreas donde deben realizarse cambios que se tratan específicamente en los otros capítulos de este volumen. No entra, por tanto, en detalles ni medidas concretas, ni en profundizar demasiado los temas que están extensamente discutidos en los otros documentos.

2. Objetivo general: Hacer de la salud un derecho de todos los peruanos

Se propone como objetivo general en salud en este quinquenio el hacer de la salud un derecho de todos los peruanos. Entendemos que para que la salud se establezca como un derecho, debe darse un pacto social entre los peruanos y una nueva relación entre la población y el Estado, dando lugar a la ciudadanía en salud. Es un nuevo pacto social en el sentido de que la sociedad peruana se plantea un compromiso con relación a la salud de toda la población. En la actualidad, este compromiso no existe, lo que podría explicar, por ejemplo, que en Huancavelica la mortalidad infantil cuadruple a la de Lima. En ese sentido, establecer el derecho a la salud implica determinar qué servicios se van a otorgar equitativamente a todos los peruanos.

Por otro lado, universalizar el derecho a la salud implica una nueva relación entre la población y el Estado, en la cual el Estado debe asumir compromisos explícitos respecto a la salud —como el acceso universal a parto gratuito—, compromisos que deben ser materia de fiscalización y demanda. Al asumir el Estado tales compromisos, establece una relación moderna con la ciudadanía, que reemplaza a la del gobierno neopopulista que se legitima mediante dádivas a la población. Establecer la salud como un derecho significa hacer explícitos los compromisos del Estado y la sociedad en relación a la salud, incluyendo las políticas de promoción y prevención y los servicios a los que todos tienen acceso. Implica también un nuevo comportamiento de la población respecto de la salud, con una mayor responsabilidad en el cuidado individual y familiar de la misma y con un compromiso con su financiamiento a través de impuestos, contribuciones y primas.

Finalmente, el derecho a la salud supone el desarrollo de parte del Estado de políticas que lleven a los mayores avances posibles en la salud de la población. Ello demanda que la política global, incluyendo las políticas económicas y sociales como parte de la política de salud, esté orientada a lograr la máxima mejora posible en la situación de salud de la población, y en particular de aquellos menos favorecidos.

3. Las tres reformas fundamentales y su orientación política

Lograr la vigencia efectiva del derecho a la salud de todos los peruanos demanda tres reformas fundamentales: la democratización del Estado, la priorización de un conjunto de programas y servicios de salud de alcance efectivamente universal que reduzca las inequidades, y la reorganización de los sistemas de salud.

a) La democratización del Estado

La reforma del Estado es un elemento sustancial en el establecimiento de derechos en salud. Tales derechos sólo pueden provenir de un acuerdo explícito entre todas las fuerzas sociales y políticas, articulado por el Estado, lo que demanda que el propio Estado deje de actuar en forma separada y autoritaria respecto de la sociedad, y sea permeable a sus demandas y propuestas. Ello requiere una modernización y descentralización del Estado, con un Ministerio de Salud reestructurado, nuevos mecanismos para la acción interinstitucional, regiones de salud que sean instancias de gobierno y municipios en la dirección de los servicios. También exige un fortalecimiento de la sociedad civil, particularmente de la organización de los pobres, y una institucionalización de la participación social en la planificación y gestión de la salud.

b) La priorización del acceso universal a servicios básicos de calidad

El establecimiento de los derechos en salud implica acortar sustancialmente las enormes diferencias existentes entre la salud de unos y otros en el Perú, entre quienes tienen un seguro privado o pueden pagar una costosa atención privada y quienes deben pagar las medicinas y operaciones desde un bolsillo sin fondos, o afrontan tasas de mortalidad infantil cinco veces superiores a las de la capital. El establecimiento explícito de un conjunto de programas y servicios de salud de acceso universal sin importar el lugar de residencia, la lengua que se habla o la capacidad de pago, lleva naturalmente a la reducción de esas diferencias. Implica asimismo una focalización de los recursos, dado que demandará concentrar los esfuerzos en aquellos grupos sociales que actualmente no tienen tal acceso, en los problemas de salud más importantes y en los programas más eficaces. En la medida que logremos avanzar más en los grupos más desprotegidos, se podrá ampliar más el derecho a la salud. Para ello, deben reorientarse los servicios de salud, fortaleciendo las políticas intersectoriales y las acciones de promoción y prevención de la salud, y priorizando la atención a los pobres particularmente rurales. Asimismo, debe establecerse la gratuidad del acceso a un conjunto de servicios básicos, en el camino al aseguramiento universal.

c) La reorganización de los sistemas de salud

El sistema de salud debe mejorar su eficiencia y eficacia, lo que significa que los servicios que brindan deben tener mayor impacto en la situación de salud de la población, y deben ser provistos a un menor costo. De otra manera, los recursos económicos y humanos destinados a la salud serán insuficientes para obtener logros significativos en la salud, lo que pondrá en riesgo la vigencia de los derechos en este campo. Para lograrlo, es necesario desarrollar un servicio de salud familiar comunitaria, terminar con la segmentación MINSA–EsSalud, organizar los servicios en redes de primer nivel y hospitales especializados de referencia, separar el financiamiento de la prestación y articularlos mediante acuerdos de gestión que promuevan la eficacia y eficiencia de los prestadores y del sistema, y promover la participación del sector privado.

Estas tres reformas están entrelazadas, y se refuerzan mutuamente. Así, la democratización es indispensable para identificar las atenciones prioritarias de acceso universal —que son un elemento fundamental del derecho a la salud— ya que hacerlo demanda un diálogo amplio con la sociedad. Del mismo modo, afrontar la tarea de la reorganización de los sistemas de salud, implica una modificación sustancial que sólo puede lograrse con una gran fuerza social de respaldo.

Asimismo, universalizar un conjunto de servicios representará un gran empuje a la democratización, ya que ésta es la forma de establecer una base común de los distintos grupos sociales respecto de la salud. Del mismo modo, se convierte en un referente esencial para la reorganización de los sistemas de salud, pues establece los servicios y las zonas y grupos sociales prioritarios. Si se establece esta política de derechos de salud, políticas como el desarrollo de un programa de salud familiar y comunitaria, la orientación común de MINSA y EsSalud, el desarrollo de redes de servicios y de referencias, devienen naturalmente en necesarias.

Finalmente, la reorganización de los sistemas de salud es un factor indispensable para el logro de un nivel de eficiencia sin el cual los derechos en salud no podrían establecerse, y la democratización vería su legitimidad social cuestionada.

Estos cambios deben producirse de manera paulatina, en algunos casos ampliando progresivamente las regiones o servicios en que se aplican, en otros casos produciendo modificaciones sucesivas que vayan construyendo una reforma mayor.

4. La democratización del Estado

Con relación a la política de salud, la democratización del Estado implica el entrelazamiento de dos reformas fundamentales: la apertura del Estado y el fortalecimiento de la sociedad civil; y la modernización y descentralización del Estado en salud.

4.1 La apertura del Estado y el fortalecimiento de la sociedad civil

El primer cambio democratizador se refiere a la gobernabilidad, a las relaciones entre el Estado y la sociedad civil en salud. Debemos pasar de un Estado vertical y cerrado, a un Estado abierto y dialogante. Por ello, es fundamental la reinstalación de un Consejo Nacional de Salud donde se discuta la política de salud con representantes de la sociedad civil (gremios médicos y de trabajadores, ONGDs, iglesias, municipios, comunidades, entre otros) y se logren consensos, entre ellos la definición de las atenciones prioritarias y gratuitas. La propia relación entre el Ministerio de Salud y el Congreso debe ser redefinida, abriendo un mayor espacio al debate de políticas en el parlamento, lo que incluye la aprobación del presupuesto sectorial.

Asimismo, debe avanzarse en la definición de planes regionales de salud, en la transparencia de información de políticas y programas, en la generalización de los CLAS con mayor participación ciudadana en su seno y en la promoción de la participación social en los servicios de salud comunitarios.

A su vez, tal política también exige un fortalecimiento de la sociedad civil, particularmente de la organización de los pobres —cuya voz es débil—, que genere un foro permanente de análisis y discusión de políticas de salud. Deben ser alentadas las organizaciones de usuarios, de promotores de salud y de representantes comunales en los CLAS, no de manera aislada y subordinada a los organismos públicos (al estilo de las organizaciones de voluntarias o de damas) sino como un sistema independiente de monitoreo y evaluación de la equidad, la calidad y los derechos en salud.

4.2 La modernización y descentralización del Estado en salud

Por otro lado, es necesaria una reforma al interior del Estado, para lograr mayor coherencia y eficacia. El primer gran cambio es una reestructuración institucional, mediante la cual sea el Ministerio de Salud quien gobierne todo el sector —incluyendo la dirección de la seguridad social y la promoción y regulación del sector privado— y que separe la administración de los servicios de la función de gobierno. De esta manera, el Ministerio de Salud se concentraría en lo que debe ser su tarea: elaboración de políticas, definición de prioridades, planeamien-

to estratégico, regulación, conducción sectorial, eslabonamientos externos. Mientras los órganos de dirección tengan que resolver cada compra de insumos, es imposible que puedan gobernar el sector. Al mismo tiempo, la reestructuración debe fortalecer la capacidad de gobierno del MINSA, con la definición de una agenda, el establecimiento de un gabinete de asesores, una reorganización que haga su estructura más flexible y horizontal, el desarrollo de la carrera pública y una formación superior para los cargos de confianza. El Ministerio de Salud también debe asumir la ampliación de la política de salud hacia los temas intersectoriales, dirigiendo comisiones interministeriales y con la sociedad civil en los temas claves.

Finalmente, es necesario descentralizar el gobierno, instalando Consejos Regionales de Salud y otorgando a las DISAs la responsabilidad de complementar la normatividad, establecer prioridades regionales de salud, y dirigir y fiscalizar las políticas de salud en su ámbito. El fortalecer el rol de los gobiernos regionales en salud, demanda que éstos reciban parte del presupuesto público en salud para poder asignarlo a las prioridades regionales. En cuanto a los servicios, la autonomía de la gestión de los hospitales y redes de primer nivel debe ir aparejada con la apertura de su conducción a los gobiernos locales y la participación ciudadana.

5. La priorización del acceso universal a servicios básicos de salud

Garantizar el derecho a la salud implica dos elementos fundamentales: el desarrollo de las políticas y programas de prevención y promoción de la salud, y el establecimiento de un conjunto de atenciones o "paquete" gratuito y de cobertura universal que demanda la priorización de las zonas rurales y los pobres.

5.1 El desarrollo de las políticas y programas de prevención y promoción de la salud

A pesar de su importancia, la prevención y promoción de la salud no ha tenido suficiente prioridad en el Perú. Hablamos de políticas tales como campañas intensivas en hábitos saludables de vida, cuidado de la salud y nutrición, intervención en educación en salud, incorporación forzosa de micronutrientes (hierro y vitamina A) en alimentos de consumo masivo y fluorización del agua potable, reforzamiento de los programas de control de enfermedades transmisibles emergentes y re-emergentes, programas de prevención de accidentes y violencia, programas de saneamiento ambiental sostenibles. Este tipo de políticas es de gran impacto y bajo costo, y beneficia principalmente a los pobres, entre los cuales las enfermedades transmisibles y los problemas de falta de conocimiento tienen mayor prevalencia. Por otro lado, para enfrentar las enfermedades crónico-

degenerativas y la salud de los adultos, que no han sido adecuadamente atendidas y que representan uno de los grandes retos de salud de las próximas décadas, también son fundamentales este tipo de políticas (detección temprana de riesgos y síntomas, hábitos alimenticios adecuados, control del tabaquismo), sin las cuales podemos, en las siguientes décadas, enfrentar una explosión de costos.

Un elemento adicional a este respecto es el desarrollo de una campaña de "derechos" a la salud para mejorar la relación proveedor-paciente mediante la difusión de los derechos establecidos en la ley, la creación de organización de consumidores y usuarios de servicios de salud, mecanismos de atención de reclamos, y fiscalización por un organismo independiente.

5.2 El establecimiento de un conjunto de atenciones o "paquete" gratuito

Adicionalmente, es necesario establecer un conjunto de atenciones o "paquete" gratuito y de cobertura universal —que incluya medicinas, exámenes auxiliares e intervenciones— para las zonas rurales y los pobres, y que debe irse ampliando progresivamente a medida que los fondos disponibles lo permitan. Llevar a la práctica tal establecimiento de derechos implica dos movimientos simultáneos. Por un lado, el desarrollo de los llamados "seguros públicos", unificando el Seguro Escolar, el Seguro Materno-Infantil y el financiamiento de insumos de los Programas Nacionales, determinando las atenciones que cubren, asegurando su cobertura nacional y ampliándolo hacia un "seguro familiar". Esta medida hace gratuita la atención y resuelve así el problema de las barreras económicas al acceso, garantizando que el derecho a la salud no sea negado por falta de recursos económicos. El establecimiento de ese "paquete" básico requiere, además, la priorización de las zonas pobres, en cuanto al financiamiento, la ampliación de la infraestructura y la oferta, la adecuación de los servicios a las diferencias interculturales, sistemas de comunicación y transportes, el desarrollo de nuevos mecanismos de entrega de servicios en zonas rurales dispersas como brigadas itinerantes, promotores de salud y casas maternas, e incentivos al trabajo rural con bonificaciones, vivienda y puntos para acceder a especialización y ascensos.

La vigencia de esta política de hacer de la salud un derecho, así como esta priorización de la salud básica, demanda un compromiso nacional que tiene una expresión económica. Dentro de un escenario de crecimiento económico del 5% anual, si no se destina un mayor porcentaje del presupuesto a salud, puede esperarse que el gasto público en salud para los no asegurados crezca de US\$ 670 a US\$ 900 millones anuales. Aunque las cifras deben precisarse sobre la base de las metas que se quieran lograr, las necesidades adicionales de inversión, los costos unitarios de las atenciones y el conjunto de atenciones gratuitas, una opción a discutir es que, como parte del compromiso del Estado con el derecho a la salud, el gasto en salud

pase en el quinquenio de 8.4% al 11% del gasto público no financiero, lo que implicaría un gasto anual al fin del período de cerca de US\$ 1,200 millones.

6. La reorganización de los servicios y sistemas de salud

La reorganización de los servicios es indispensable para lograr niveles básicos de racionalidad y eficiencia en el uso de los recursos. La propuesta considera una reorganización de los servicios y sistemas de salud públicos a dos niveles entrelazados: al nivel de la prestación misma de los servicios, y en la organización de las distintas instituciones para prestar estos servicios (los “sistemas”). Adicionalmente, se plantea la promoción y regulación de los servicios privados de salud y los medicamentos.

6.1 La reforma de la prestación

Respecto de los prestadores de servicios, deben producirse cambios sustanciales en los modelos de atención en salud hacia un abordaje integral de los individuos, las familias y las comunidades. Debe fortalecerse la atención primaria, mediante programas de salud orientados hacia una atención integral del individuo y del grupo familiar y comunitario. El programa de atención de la familia consiste en equipos de salud que tienen una población asignada y que se responsabilizan de su atención integral en el domicilio, en la consulta ambulatoria y en el hospital, teniendo como centro al núcleo familiar y la vivienda, interviniendo sobre los factores de riesgo existentes y realizando actividades de educación y promoción de la salud.

Estos nuevos enfoques de atención requieren el reconocimiento de las diferencias en la salud y en la condición ciudadana de los distintos grupos sociales de la población entre sexos, grupos étnicos, grupos étnicos y áreas geográficas, y por lo tanto que se considere el tratamiento diferencial de acuerdo a las necesidades particulares de cada grupo.

Bajo este enfoque de atención integral de la salud es necesaria la participación de la población, sus organizaciones, las instituciones privadas, los gobiernos locales y las dependencias del gobierno central. Ello implica que las actividades de salud son desarrolladas por todos estos actores y el rol del Ministerio de Salud es el de liderazgo en la formulación y ejecución de éstas. Particular importancia tiene la articulación de los servicios de salud con los promotores de salud y otras formas de salud comunitaria, incluyendo la medicina tradicional.

A su vez, esto implica definir un nuevo papel de los programas de salud dentro del Ministerio de Salud, vinculándolos a la implementación de un modelo de

atención integral, la descentralización, el fortalecimiento de la planificación, la organización de los servicios de salud básicos y hospitalarios, el desarrollo de intervenciones públicas y de regulación de los servicios de salud.

También demanda adecuar las capacidades de los recursos humanos de salud, poniendo énfasis en la atención de los principales perfiles epidemiológicos, y en los efectos del contexto cultural en relación a la salud. Cabe recordar que el Ministerio de Salud es el gran empleador de profesionales de salud en el país, por lo que puede muy bien orientar a las instituciones formadoras.

6.2 La reorganización de los sistemas públicos de salud

Para la reorganización de las instituciones públicas encargadas de la promoción y cuidado de la salud en el Perú, es necesario pasar de sistemas segmentados (MINSA y EsSalud separados), centralizados y mal estructurados (sin redes ni referencias), a un sistema en el cual haya planificación y orientación global de los servicios de salud en un marco de descentralización.

Esta reorganización o reforma sistémica —que se propone de acuerdo al modo en que se organizan los servicios de salud en el Perú— debe combinar tres cambios fundamentales:

a) Establecer una planificación común de todos los servicios públicos de salud

Esta modificación, que implica terminar con la segmentación MINSA / EsSalud, requiere una ley que nombre a una única entidad responsable de determinar —dentro de los lineamientos generales de política— la inversión adicional requerida, los servicios que debe producir cada hospital y cada red, las personas (aseguradas y no aseguradas) que deben ser atendidas y los incentivos para la eficiencia de los establecimientos provenientes tanto de MINSA como de EsSalud. Esta entidad sería responsable de lo que se ha llamado la función compradora, o de administración financiera, que debe diferenciarse de determinación de los derechos de atención de cada persona, que es parte de la función de gobierno.

Este cambio es de primordial importancia debido a que existen severos problemas de ineficiencia e inequidad provenientes de la segmentación actual. Existen, por ejemplo, hospitales del MINSA y de EsSalud ubicados frente a frente, lo que explica la existencia de infraestructura hospitalaria subutilizada. Ocurre asimismo, que muchos afiliados a EsSalud —como las decenas de miles de maestros, enfermeras y policías rurales— no tienen real acceso a los servicios de dicha institución, mientras que en diversas ciudades los pobres no tienen acceso a servicios especializados que sólo brinda EsSalud en esa zona.

b) Organizar adecuadamente los establecimientos de MINSA y EsSalud para delimitar los servicios que brindan

Ello implica que los servicios de salud deben operar como un gran sistema coordinado, en el cual la entrada al sistema se dé mediante los programas de salud familiar, cuya operación esté basada en los establecimientos de primer nivel, y en el cual los casos más complejos sean remitidos a los niveles adecuados para su diagnóstico y tratamiento. Para ello es necesaria una revisión de los sistemas de categorización y una recategorización general de los establecimientos en función de las necesidades de salud (con mayor razón si se consideran en forma conjunta los establecimientos de MINSA y EsSalud). Asimismo, implica delimitar y organizar las redes del primer nivel de atención, y los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre éstos y los hospitales. Finalmente, exige un ordenamiento de la demanda, de modo que los pacientes sean asignados por el equipo de salud familiar para su atención en determinados servicios. Esta reorganización de los servicios junto con la implementación de un programa de salud familiar requiere fortalecer el primer nivel de atención, con sistemas de transporte y comunicación adecuados, abastecimiento de equipos e insumos.

c) Descentralizar y dar autonomía de gestión a las redes de primer nivel y a los hospitales

Es necesario establecer acuerdos de gestión y mecanismos de pago que promuevan la eficiencia de los prestadores y los orienten de acuerdo a la planificación sectorial. Este cambio permitiría lograr servicios más adaptados a las necesidades, y establecer mecanismos que incentiven la eficiencia, combinando el control “de arriba” mediante los acuerdos de gestión, con el control “de abajo” con la participación social. Esta reforma haría posible, además, que la Dirección Central se dedicase exclusivamente a la coordinación de los servicios, y no a cada detalle de la gestión de los mismos. La tarea en este terreno, es extender y desarrollar la experiencia de los CLAS y convertirlos en el modelo de organización y gestión de los servicios de primer nivel en todo el país. Para los hospitales y las redes, puede pensarse en un modelo similar pero en el que, dadas las dificultades de una representación social directa, sean los municipios los que tengan un rol central en la dirección de la gestión.

La relación de la entidad de administración financiera con estos prestadores bajo autonomía de gestión se realizaría mediante acuerdos de gestión que establecerían los presupuestos asignados, los compromisos de producción y los premios y castigos en caso de desvío de las metas. Los mecanismos de pago que se podrían probar en el margen serían básicamente en el primer nivel de atención una combinación de pagos per cápita y por servicios, y en los hospitales pagos por diagnóstico resuelto. Las posibilidades de competencia entre prestadores

—posible en las ciudades— deberán ser dejadas para una segunda etapa, dado que primero es necesario un proceso de ordenamiento de la demanda y el desarrollo de capacidades de gestión y flexibilización del marco legal para la administración de las redes y hospitales.

6.3 La promoción y regulación del sector privado

Además de los sistemas públicos, existe adicionalmente un importante sector privado en el cuidado de la salud, financiado fundamentalmente mediante el “pago de bolsillo” y con una alta prevalencia de automedicación y “consulta en farmacia” que es necesario reformar.

Nuestro objetivo debe ser que la atención privada sea una alternativa eficaz y eficiente para todos aquellos que tienen cierta capacidad de pago, y para ello debe ser promovida y regulada. De esta manera se liberarían recursos para los más necesitados, y se mejoraría la situación de salud de toda la población.

En cuanto a la promoción, resulta conveniente que el sector privado sea exonerado de algunos impuestos, tal como ocurre con la educación. La promoción del aseguramiento privado en salud también es importante y puede ser considerado en este esquema. Otra medida importante es una mayor subcontratación de determinados servicios por parte de los sistemas públicos de salud, lo que puede darse tanto en servicios auxiliares (lavado, cocina, entre otros) como en determinados servicios de salud (al igual que las experiencias del PAAD o las hemodiálisis en EsSalud).

Este cambio debe ir acompañado de una adecuada regulación y de la fiscalización de los hospitales y laboratorios. El punto más importante, sin embargo, es el de las medicinas, aspecto en el cual la regulación es sumamente débil. Es indispensable que haya una adecuada fiscalización de la legislación que obliga el uso de genéricos, una promoción de la sana competencia con adecuada información, una política de medicamentos esenciales, un control de la medicación por farmacias y una promoción del uso adecuado del medicamento.

7. Estrategias de aplicación

La nueva política debe tener un momento de formación de consensos, uno de aprobación y otro de aplicación. Los cambios planteados demandan una combinación de modificaciones legales y reformas administrativas, y de cambios rápidos y procesos de mediano y largo plazo. Las estrategias que aquí se plantean de forma general, deben ser precisadas en la forma de programas y proyectos en cada una de las áreas.

La primera etapa es la formación de consensos: la reforma debe ser, antes que nada, fruto del diálogo, y por ello la propuesta que aquí se plantea debe considerarse simplemente como una iniciativa para iniciar ese diálogo. La formación de estos consensos pasa por un momento de oportunidad, pero también se enfrenta a una gran debilidad. La oportunidad estriba en la caída del régimen dictatorial y en la necesidad, compartida por todo el país, de iniciar una nueva forma de hacer política en la que precisamente el diálogo y la apertura sean centrales. Pero, al mismo tiempo, uno de los legados del régimen anterior es la escasa capacidad de los peruanos de dialogar, precisamente por lo poco que hemos practicado esta actividad en la pasada década. Afortunadamente, con relación a la salud, la sociedad civil es más densa que en otros sectores, y existe una menor distancia entre las ideologías y los grupos políticos existentes.

Este diálogo debe incluir una verdadera apertura del gobierno a las propuestas de la sociedad civil, debe seguir una agenda que sea también fruto del consenso, debe desarrollarse a nivel central y regional, y debe tener una primera fase de entre seis meses y un año que apruebe una primera propuesta de reforma y de prioridades de salud.

De las políticas planteadas, hay que ser consciente de que la que mayor resistencia puede provocar es la reforma sistémica, con la eliminación de la segmentación MINSA-EsSalud y la autonomización de la gestión de los servicios. Existen aún grupos que creen que atrincherarse en instituciones cerradas es la mejor forma de defender sus intereses o que consideran posible aprovecharse de los recursos de la otra institución en su propio beneficio. Sin embargo, la mayor homogeneidad de las condiciones de trabajo entre MINSA y EsSalud hace que las resistencias desde este flanco sean hoy menores que nunca. Desde el lado de los trabajadores formales, que podrían erróneamente imaginar en esta coordinación una pérdida del acceso privilegiado a los servicios de EsSalud, el hecho de que hoy las contribuciones sean todas pagadas por el empleador, la alta rotación en el trabajo que hace que muchos usen ambos servicios con poco tiempo de diferencia y la inexistencia de servicios de EsSalud en muchas zonas deben facilitar que asuman las ventajas del cambio propuesto. Además, el cambio legal de 1999 del IPSS por EsSalud, ampliamente criticado, demanda que este tema sea nuevamente tratado en los próximos años, y tal oportunidad debe ser aprovechada para evitar el regreso al pasado y más bien abrir las puertas a un mejor sistema público de salud. El punto que será necesario remarcar es que el cambio propuesto no reduce los derechos de nadie, sino que por el contrario los amplía, aumentando la cantidad de establecimientos y servicios de atención.

La administración financiera y la planificación común entre MINSA y EsSalud puede iniciarse con la regulación de las inversiones, la acreditación y categorización única de hospitales, el desarrollo de sistemas de información compatibles y la

organización de redes mixtas en forma paulatina. EsSalud parece tener mayores avances en capacidad administrativa en la parte hospitalaria y el MINSA en relación a las redes de primer nivel de atención.

Por otro lado, es necesario plantear una estrategia respecto de los trabajadores y profesionales de la salud. Todos ellos están sujetos a leyes especiales que protegen su trabajo y establecen las escalas remunerativas a escala nacional, lo que entra en conflicto con la necesaria flexibilidad en el manejo de los recursos humanos que demanda una plena autonomización de la gestión. La estrategia al respecto debe ser de cambio gradual, estableciendo nuevas formas de contratación con el nuevo personal mas no con el antiguo. Estas nuevas formas de contratación no deben ser las de extrema flexibilidad como los contratos por servicios no personales que el MINSA ha venido utilizando, pero sí dar mayor facilidad a que los hospitales y redes puedan premiar a sus mejores hombres y prescindir de quienes no cumplen con elementos básicos de la responsabilidad laboral. Asimismo, se puede establecer que los futuros aumentos de remuneraciones, que deben ser importantes en los próximos años, se distribuyan sólo parcialmente en forma generalizada, de modo que una parte pueda darse como premio a quienes trabajan mejor.

Luego de logrado un consenso, esta reforma sistémica debe ser aprobada por ley. Existen elementos que deben ser implementados de inmediato (como la organización de un solo equipo de planificación y administración financiera) y otros (como la autonomía de gestión) que deben implementarse gradualmente en programas piloto hasta abarcar a todo el país mediante acuerdos de gestión más complejos y menores niveles de asistencia técnica.

Otros cambios, como la aplicación práctica de una política de derechos en salud, la priorización de las zonas pobres y la implementación de un programa de salud familiar y comunitaria, no tendrán un cuestionamiento abierto, pero se enfrentarán en el día a día a las demandas del propio sistema de salud y de la población urbana que tienden hacia sus propias prioridades. Puede presumirse que los médicos seguirán con la tendencia a la excesiva especialización y a ubicarse en Lima, y de ahí surgirán las demandas por servicios más complejos (como es el reciente caso del trasplante de hígado) que, de aceptarse, absorberán los escasos recursos adicionales de que se dispongan. La defensa de la estrategia de derechos y de priorización de los pobres parece enfrentarse en este escenario a la oposición a estas intervenciones que, sin duda, pueden salvar vidas. La mejor respuesta a este enfrentamiento es establecer compromisos explícitos con relación a las metas en salud que exigen los derechos ciudadanos y los recursos destinados con tal fin. En otras palabras, la priorización de la salud preventiva y las atenciones básicas —que reflejan la aplicación del derecho a la salud— deben incluir la determinación de metas anuales de producción y los

recursos destinados a tal fin. Hechas explícitas tales metas, cualquier política orientada a proveer servicios más complejos debería, o bien hacer explícita su demanda sobre estos recursos básicos —lo que haría improbable su aprobación— o bien demandar recursos presupuestales adicionales al Tesoro Público.

Si éstos son los retos y estrategias en relación con las resistencias sociales que las políticas propuestas pueden generar, hay otra debilidad en la aplicación de las políticas, que se refiere a la fortaleza de quien debe dirigir el proceso. Tras el frente externo, debe pensarse también en el frente interno. Se requiere un equipo que combine capacidades técnicas y de representación, no demasiado grande, que conduzca el proceso de diálogo, formulación y aprobación de la política. Posteriormente, manteniendo este núcleo, debe establecerse un equipo ejecutivo encargado de la gestión cotidiana del proceso. Se cuenta para tal efecto con un número apreciable de profesionales y dirigentes políticos, gremiales y sociales con las capacidades necesarias para ello. Como en otras áreas, el reto mayor es la formación de un grupo organizado, dada la desinstitucionalización que el régimen anterior ha dejado como saldo. El desarrollo de una iniciativa de vigilancia ciudadana y social sobre las políticas aprobadas debe poner presión para que el grupo opere, y mantener vivos los compromisos políticos establecidos.

II. LA FUNCIÓN DE GOBIERNO, LA INTERSECTORIALIDAD Y LA SOCIEDAD CIVIL EN SALUD

JUAN ARROYO LAGUNA²

En los 90 se optó por construir capacidades de gobierno sin gobernabilidad democrática. Los avances han sido limitados porque en condiciones de baja institucionalidad y de fuerte predominio del clientelismo no es posible avanzar en construir un gobierno gerencial sin el control social de sus sociedades. De ahí la mezcla de clientelismo, burocratismo y gerencialismo en la dinámica actual del sector.

El presente artículo reseña lo sucedido en salud con la función de gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil, con el fin de extraer algunas recomendaciones de política sobre estos aspectos. Repasa primero los hechos, para luego intentar una explicación global del proceso que promovió los resultados a la vista, como una forma de derivar lecciones a futuro sobre la reforma institucional en salud.

1. La función de gobierno: gobernancia y gobernabilidad

La literatura contemporánea sobre el tema de gobierno ha efectuado una diferenciación entre los conceptos de "gobernancia" y "gobernabilidad". Se viene tratando de distinguir dos diferentes dimensiones de la función de gobierno que a la vez se encuentran muy articuladas: la de la conducción del Estado mismo y la de la conducción política de la relación entre el Estado y la sociedad.

La literatura procede tanto de los organismos multilaterales y gobiernos preocupados por las consecuencias de un buen o mal gobierno para el desarrollo (Frischtak y Atiyas 1996, Dror 1996, Casas y Torres 1999, Bresser 1999), como de las ciencias sociales latinoamericanas, interesadas en la gobernabilidad democrática y la reforma democrática del Estado (Lechner 1990, Sosnowski y Patiño 1999).

² Sociólogo, Jefe del Departamento de Salud y Ciencias Sociales y Director de la Maestría en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Consultor e investigador para organismos nacionales e internacionales.

Bresser (1998:109) define el concepto de gobernanza como la capacidad financiera y administrativa de un Estado para transformar en realidad las decisiones que asume. La gobernanza se relaciona, por lo tanto, a la noción de eficiencia y eficacia estatal, a la capacidad de operar sobre la base de la toma de decisiones y al desempeño de la administración pública. Dror (1996) llama a esto capacidad de gobierno o gobernanza. La gobernabilidad atañe más bien al apoyo político para gobernar, a la legitimidad del Estado y a la relación entre el Estado y la sociedad. La gobernabilidad es hegemonía, liderazgo, procesamiento político, involucramiento de la sociedad y manejo de conflictos sociales.

De ello se deriva que la construcción de la rectoría en salud envuelve la resolución de dos problemas superpuestos pero distintos: el del gobierno eficiente/eficaz del sector salud y el de la gobernabilidad democrática en salud. En consecuencia, la reforma institucional en salud deberá incluir cambios correspondientes tanto a la Reforma de la Administración Pública como a la Reforma del Estado en el Sector Salud. Esta última es más amplia y rebasa largamente a la primera, pero la necesita y es impensable sin ella. Algunos han señalado que la reforma administrativa de nuestro tiempo es la reforma gerencial y que la reforma del Estado es la reforma democrática, enfatizando la necesidad de articularlas (Bresser 1999). Nuestros planteamientos se inscriben en esta perspectiva.

En el caso del Perú todos los intentos últimos de gestión pública han ido por el lado de construir mayor gobernanza sin gobernabilidad democrática. Sin embargo, los avances en la construcción de un gobierno eficiente y eficaz en salud en los 90 han sido limitados. El interrogante que surge para el futuro es si en países de poca institucionalidad y predominio del clientelismo se podrá construir una moderna gobernanza, una gobernanza gerencial, sin el control social de sus sociedades, si podrán existir Ministerios de Salud eficientes y eficaces sin el apoyo y fiscalización de sus sociedades civiles sectoriales o con una relación inadecuada con éstas. Los partidarios de un gobierno centralizado argumentan que pocos deciden más rápido y ejecutan mejor, mientras los partidarios del pluralismo proponen que la toma de decisiones democrática es más fundamentada, sustentable y acorde al interés general. Se puede colegir que las articulaciones entre gobernanza y gobernabilidad son complejas y no cabe un punto de vista dogmático que opte por una o la otra porque en el terreno práctico se escoge entre diversos entrelazamientos posibles entre gobernanza y gobernabilidad.

Esto sugiere que la agenda pendiente de la reforma en salud no debería ser sólo programática, esto es referida a sus contenidos, sino político-institucional, referida a sus actores, intereses, procesos e institucionalidad. En adelante no sólo habrá que debatir qué hacer con el financiamiento, las redes, los hospitales, la atención básica, sino incluir en la agenda cómo establecer también una institucio-

nalidad saludable, estructuras, procesos y procedimientos de toma de decisiones que favorezcan la primacía de intereses generales.

Veamos qué tipo de articulación ha habido entre gobernanza y gobernabilidad en estos diez años de gobierno en salud en un régimen centralizado.

2. Gobernanza: el gobierno sistémico en los noventa

Para analizar la capacidad de gobierno sectorial del Ministerio de Salud (MINSA) nos hemos basado en la matriz de variables e indicadores de Daniel Kaufmann, Kraay y Zoido-Lobaton (1999), quienes en un estudio auspiciado por el Banco Mundial sistematizaron una base de datos de 300 medidas de gobernanza y construyeron con ellas campos de variables y sus indicadores correspondientes. Hemos tomado como base dicha matriz si bien la hemos adecuado a nuestro enfoque, que diferencia gobernanza de gobernabilidad, y a nuestra realidad. Las variables de gobernanza utilizadas, desagregadas luego en indicadores, han sido las siguientes:

1. Capacidad de planeamiento y formulación de políticas de Estado;
2. Capacidad legislativa ministerial;
3. Capacidad operativa de gobierno, y
4. Capacidad directiva del funcionariado y los decisores.

2.1. Capacidad de planeamiento y formulación de políticas de Estado: agenda sectorial, políticas de Estado y planeamiento estratégico sectorial

Hemos tomado como indicadores de la capacidad de planeamiento y formulación de políticas de Estado, la existencia o no de una agenda ministerial con ejes temáticos de alguna permanencia, la direccionalidad de las políticas de salud formuladas por los Ministros de Salud de la década y la existencia o no de planes estratégicos sectoriales.

Con relación a la existencia de una agenda ministerial con ejes temáticos de alguna permanencia, Cristina Ewig (2000) esclareció que la agenda real sectorial ha sido principalmente la agenda del Ejecutivo en el campo social y no tanto una agenda ministerial. Ewig estudió el proceso de formulación de cuatro políticas centrales en los 90 y concluyó que todas se procesaron directamente entre el Ejecutivo y la Alta Dirección Ministerial, lo que dio rapidez a la aprobación e implementación pero las expuso a críticas ácidas de otros sectores del gobierno o de la opinión pública. A lo largo de la década se dieron muchas leyes sin reglamentos, o políticas estancadas o en extinción. Todo se operativizaba cuando venía del Palacio de Gobierno, pero la agenda del Ejecutivo es plebiscitaria y

cambiante, no obedece a políticas sectoriales orgánicas, sino a iniciativas sociales puntuales que adquieren sentido en la lucha constante por la legitimidad.

No ha existido así una agenda sectorial ordenadora que exprese una priorización estratégica sectorial. Ello ha facilitado una primacía del corto plazo sobre el mediano y largo plazo, y ha conllevado al desarrollo discontinuo de iniciativas y al predominio cada vez mayor de cambiantes objetivos políticos extra-sectoriales.

Respecto a la direccionalidad de las políticas de salud formuladas por los Ministros de Salud de la década, varios estudios muestran que el gobierno del ingeniero Fujimori ha tenido distintos énfasis en sus políticas de salud, no habiendo existido una política de salud coherente en la década (Arroyo 2000), como se muestra en el cuadro siguiente:

Cuadro 1
**Principales dispositivos legales de reforma en salud
Agosto 1990 – diciembre 1998**

1990	➤ Proyecto de Reforma Descentralista: Sistema Nacional Regionalizado Integrado de Salud
1991	➤ Proyecto de Reforma Privatizadora OSS (derogado)
1992	➤ Formalización de recursos propios
1993	➤ Reestructuración del MINSa con ZONADIS ➤ Intento trunco de privatización con Ministro Freundt Thorne
1994	➤ Programa Salud Básica para Todos ➤ Programa de Administración Compartida
1995	➤ Lineamientos 1995-2000: Equidad, Eficiencia y Calidad
1996	➤ Planificación Familiar ➤ D.L. 887 de Modernización de la Seguridad Social en Salud (derogado)
1997	➤ Ley 26790 de Modernización de la Seguridad Social ➤ Creación de Superintendencia del EPS ➤ Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
1998	➤ Acreditación de establecimientos ➤ Seguros Focalizados

Con relación a la existencia o no de planes estratégicos sectoriales, se puede concluir que hubo dos etapas. En la primera mitad de la década se entendió la planificación estratégica sectorial como un proceso abierto, realizándose consultas públicas de los planteamientos que se intentaba llevar a cabo. El Ministro Carlos Vidal lanzó en 1991 el planteamiento de un Sistema Nacional Regionalizado Integrado de Salud, el Ministro Víctor Paredes inició la reestructuración del MINSa con

la formación de ZONADIS y el Ministro Yong Motta consultó el borrador de los Lineamientos de Políticas de Salud 1995-2000. En el siguiente quinquenio, el planeamiento estratégico tomó un carácter más cerrado, no motivándose el debate abierto acerca de los grandes objetivos del sector. La normatividad sobre Modernización de la Seguridad Social en Salud se emitió primero en forma sorpresiva para el sector; igualmente el Proyecto de Apoyo a la Reforma no motivó un proceso de consulta de opiniones, y el Plan Estratégico 2001-2005 se preparó en reserva.

2.2. Capacidad legislativa ministerial: tiempos para legislar y reglamentar y tipos de dispositivos legales

Se observa que la capacidad legislativa es todavía débil, expresada sobre todo en el tiempo para emitir los dispositivos centrales de la reforma del sector salud; en la sistemática postergación de los reglamentos necesarios para poner en marcha las nuevas leyes, y en el peso notorio de asuntos de segundo orden en la producción legislativa sobre salud. *Pero lo más importante es que la tardanza para legislar y reglamentar sólo expresa el hecho de que la capacidad de gobierno se construye en el Perú en el mismo gobierno.* La línea base de los nuevos gobiernos en términos de conocimiento real del sector salud es muy preliminar, lo que sumado al hecho de que la selección de cargos directivos se basa estrictamente en criterios políticos hace que buena parte del período de gobierno se invierta en la formación del equipo de gobierno. En el caso del gobierno de Fujimori, ello tardó cuatro años.

En el Cuadro 2, como indicador de la capacidad legislativa, se presentan los tipos de dispositivos jurídicos emitidos por el sector y publicados en el Diario Oficial El Peruano (Arroyo 1999).

Cuadro 2
**Dispositivos jurídicos del sector salud publicados en el Diario Oficial El Peruano
Agosto 1990 – diciembre 1998**

Tipos de dispositivos jurídicos	Número	%
Cargos de confianza y autorizaciones de viajes	886	49.52
Administrativos y judiciales	244	13.64
Personal de salud	181	10.12
Normatividad sanitaria	134	7.49
Protocolares	127	7.1
Organizativos	90	5.03
Adquisiciones y donaciones	54	3.02
Otros	33	1.84
Modificatorias, derogatorias, rectificatorias	20	1.12
Reforma en salud	20	1.12
Total	1,789	100

Fuente: Elaboración: M.T.A. sobre la base del Diario Oficial El Peruano.

2.3. Capacidad operativa del gobierno sectorial

La revisión de algunos indicadores de desempeño del sistema de salud y el esquema de gestión ministerial en lo relacionado al monitoreo sectorial de los sistemas prestadores y al funcionamiento de los órganos de asesoría y soporte para la toma de decisiones, muestra que *la capacidad operativa del gobierno sectorial se ha concentrado en determinados programas y proyectos de interés del Ejecutivo, descuidando la rectoría sectorial, en particular el seguimiento del desempeño del sistema de salud*. Esta situación ha determinado que el incremento en el número de establecimientos, personal de salud, gasto público en salud y producción de servicios se acompañe de una baja productividad, subcoberturas, filtraciones y mantención de brechas de inequidad resolubles.

2.3.1. Evaluación del desempeño del sistema de salud: dinámica contradictoria de ganancias y pérdidas

En los 90 ha habido una transformación del sistema de atención de la salud en el Perú que ha repotenciado y modificado el sistema heredado de los 80. La crítica de la mayoría de investigadores, funcionarios y profesionales de salud a lo realizado en los 90 no desconoce los avances concretados. Laura Altobelli (2000: 4) expresa que “Los esfuerzos por reformar ciertos aspectos concretos, llevados a cabo desde principios de los 90, han tenido éxito. Los que han fracasado han sido los intentos de acometer una reforma del sector en su conjunto.” Este tipo de dinámica sectorial sin proyecto global ha hecho que los cambios y mejoras se basen en la iniciativa de los profesionales de salud en sus instituciones, en el incremento de recursos fiscales y en la ejecución de algunas reformas parciales, todo lo cual da por resultado un balance contradictorio de avances y retrocesos (Arroyo 1999, Ugarte y Monje 1999).

Como se sabe, el repotenciamiento de los servicios y el haber alcanzado mayores cifras de producción de servicios de salud no expresa necesariamente un nuevo nivel de desempeño del sistema de salud y puede ser un efecto del uso extensivo de recursos incrementados a lo largo de la década. La calidad de una gestión sectorial no se evalúa, por tanto, por el volumen bruto de producción, sino por la superación de los indicadores de equidad, eficiencia y calidad del sistema, u otros indicadores según el marco de principios y objetivos de cada reforma o sistema de salud. Son estos indicadores los que establecen los niveles de desempeño. El aumento de la consulta externa o de las atenciones, o de cualquier otro indicador de producción de servicios, no expresa por sí mismo una mejor gestión. Veamos algunos de los resultados obtenidos:

a) Incremento de la disponibilidad de recursos físicos y política de inversiones

Los establecimientos de salud se han multiplicado en todo el territorio nacional, creciendo de 3,934 en 1992 a 5,933 en 1996 y a más de 7,000 actualmente (MINSA/OEI, PFSS 1997). En realidad, estas cifras significan una expansión importante de la frontera del sistema de atención en el territorio nacional y un avance en la accesibilidad, sobre todo geográfica.

Sin embargo, este crecimiento casi exponencial de los centros periféricos no expresa una política de inversión explícita en infraestructura de servicios. Diferentes entidades del Estado construyen centros y postas sin un plan de inversión predefinido. En el caso del MINSA y del Seguro Social, ambos vienen expandiendo su planta sin coordinación alguna.

La disponibilidad de recursos humanos también ha crecido, en particular por los miles de horas contratadas por el Programa Salud Básica para Todos.

Si bien todo ello ha significado un importante paso adelante en cuanto a recursos humanos y materiales, no se ha asegurado una mayor eficiencia en el uso de los recursos públicos.

b) Despliegue del sector público en salud: MINSA y EsSalud

El balance sectorial de los 90 muestra un notorio despliegue del sistema de atención. La producción de consultas externas en el MINSA pasó de 7'204,001 en 1990 a 15'135,201 en 1999, igual ocurrió en el Seguro, que pasó en el mismo lapso de 6'026,224 a 11'358,649 consultas. Los egresos hospitalarios se incrementaron en el MINSA de 341,365 en 1990 a 487,311 en 1998 y en el Seguro, en el mismo período, de 171,044 a 322,452. En el MINSA, las atenciones crecieron entre 1991 y 1998 de 8'284,600 a 40'088,531 (MINSA/OEI 1999). En consecuencia, los 90 serán recordados como la década del repotenciamiento operativo.

c) Expansión de la periferia del MINSA

El fenómeno de la década pasada fue la expansión de la producción de servicios de salud, en particular, de la periferia del sector público, promovida por los Programas de Salud Básica para Todos y de Administración Compartida. Si comparamos los datos de 1991 con los de 1998 se puede apreciar que las atenciones se han desplazado hacia los centros y puestos de salud, como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 3
Atenciones en hospitales, centros y puestos de salud,
MINSA 1991-1998

	1991	1998
Hospitales	38.1%	17.9%
Centros de salud	41.5%	42.8%
Puestos de salud	20.3%	39.2%

Fuente: MINSA, OEI 1999.

d) Baja productividad del sector público

Existen fuertes indicios de que la ampliación de la producción anteriormente reseñada se ha debido a la ampliación de recursos humanos, financieros y materiales y no a una mejor gestión de los recursos.

La revisión de la estadística del MINSA muestra que el 80% de la producción de servicios de la periferia proviene de 540 establecimientos periféricos. Dado que el Estado poseía en 1996 5,933 establecimientos de los cuales 5,756 eran periféricos (4,747 puestos de salud y 1,009 centros de salud), esto quiere decir que 5,216 establecimientos (el 90.6% de los mismos) sólo producen el 20% de los servicios (MINSA/OEI 1999).

De otro lado, la revisión de las consultas médicas anuales producidas en 1999 en los 1,320 distritos con presencia de médicos del MINSA revela que el promedio anual de consultas por médico es bastante bajo. El promedio expresa, sin embargo, la existencia de distritos con niveles muy altos de consultas médicas anuales. Hay 48 distritos cuyos médicos atienden más de 6,000 consultas anuales y, entre éstos, distritos con 10,000 o 16,000 consultas anuales por médico. *La mediana, sin embargo, es de 1,774 consultas, esto es, 5.6 consultas por día, y la moda es de 712, esto es 2.27 consultas por día. Hay 570 distritos en esta última situación* (MINSA/OEI 1999). Se puede deducir que el rendimiento médico o consultas por hora médica en el MINSA es aún bajo.

e) Cambio en la política general de financiamiento en salud: el co-financiamiento

En los últimos diez años se ha procesado en forma silenciosa el paso a una política de co-financiamiento público/privado de la atención.

Esta política se inició en 1990 cuando se autorizó a los hospitales públicos el autofinanciamiento sobre la base de tarifas y recursos propios, lo que generó el espejismo de la autonomía plena y generalizó en el sector público entre 1993-94 el

debate sobre la autogestión hospitalaria (FMP 1993: 55-62). Esta generosa denominación de autogestión a la situación de crisis fiscal de entonces, desapareció en los años posteriores con la re-expansión del gasto público. Sin embargo, no desaparecieron los cobros por servicios y se estableció definitivamente el co-financiamiento.

Los recursos directamente recaudados (o recursos propios) pasaron del 6% en 1990 al 15.9% del gasto en salud en 1999 (MINSA/Oficina General de Planificación 1999). El estudio realizado por Macroconsult para el MINSA en 1996 concluyó que era posible apreciar “una reducción en la importancia relativa del Tesoro Público en el financiamiento del gasto público en salud” (MINSA/Macroconsult S.A. 1997: cap. 3). Francke (1999) ha señalado el efecto regresivo de la cobranza de estos recursos propios sobre la equidad en la distribución del subsidio público en salud al no entregarse los subsidios públicos de manera focalizada a la población de menores ingresos.

f) Mayor gasto público en salud sin cambio en la distribución regresiva, subcoberturas y filtraciones

La revisión del gasto público en salud en la década revela, en términos generales, un aumento del mismo entre 1990 y 1995 y un cierto estancamiento y contracción en los años 1999-2000, aunque muy por encima de las cifras de 1990-91.

El gasto del MINSA aumentó de US\$ 152 millones en 1990 a US\$ 203 millones en 1992, US\$ 421 millones en 1995, US\$ 502 en 1998 y US\$ 427 millones en 1999. El gasto sectorial evolucionó de US\$ 318 millones en 1991 a US\$ 658 millones en 1994, US\$ 684 en 1997 y US\$ 669 en 1999.

El gasto total del MINSA (incluyendo las Regiones de Salud) representó en 1992 el 0.7% del PBI y en 1999 el 1.1% del mismo. Asimismo, dicho gasto fue en 1992 el 6.3% del presupuesto, subió al 9.7% en 1996, bajó al 7% en 1997 y al 6.9% en 1999 (MINSA/Oficina General de Planificación 1999).

Pese a este incremento del gasto respecto a las cifras de los años 1990-92, las evidencias de una distribución regresiva del financiamiento en salud, de subcoberturas y filtraciones, son generalizadas e incuestionables. Entre 1988 y 1992 se produjo una combinación entre escasez y dispendio y de ahí en adelante se registró una mayor disponibilidad de recursos financieros, dándose, sin embargo, una gestión poco eficiente del gasto público.

De otro lado, contra todo lo fundamentado, el gasto hospitalario sigue siendo determinante. El Análisis del Gasto Público en Salud realizado para el MINSA en

1996 por la firma Macroconsult (1997) reveló que en 1994 el gasto corriente en salud se destinó en un 13% a las unidades administrativas, en un 54% a los hospitales públicos y en un 33% a los centros de salud y postas sanitarias. En realidad, el gasto hospitalario fuera de la capital es bastante menor (46%), pero se eleva en el ámbito nacional a 54% debido a que el pliego del nivel central destina un 70% del gasto a hospitales, manteniéndose estas proporciones hasta hoy en día.

Además, abundan las muestras de subcoberturas y filtraciones del subsidio público. Lo sorprendente es que no se haya producido una reacción ministerial importante al respecto, pese a que desde 1996 todos los estudios indican lo mismo. Midori de Habich (1999) muestra que el gasto público en salud no se concentra en los departamentos con mayores necesidades de salud y más pobreza ni en los grupos más pobres de la población. La distribución del subsidio público por cuartiles revela que el cuartil 1 recibe el 20.2% del subsidio, el cuartil 2 el 31.6%, el cuartil 3 el 26.6% y el cuartil 4 el 21.6%. De otro lado, Francke (1999: 50) en un reciente estudio concluyó que “el gasto se distribuye de una manera similar a la población, es decir, que no existe una concentración del gasto entre los más pobres.” Podríamos citar aquí muchos estudios más con similares resulta-

dos, pues se ha vuelto común en los últimos años cruzar las bases de datos del MINSA y EsSalud con las de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) y la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV).

El cruce del gasto per cápita en salud por departamentos en los años 1994 y 1999 con los índices departamentales de necesidades básicas satisfechas muestra que la asignación de un mayor o menor per cápita de salud no tiene que ver con el criterio central de priorización social (ver Gráfico).

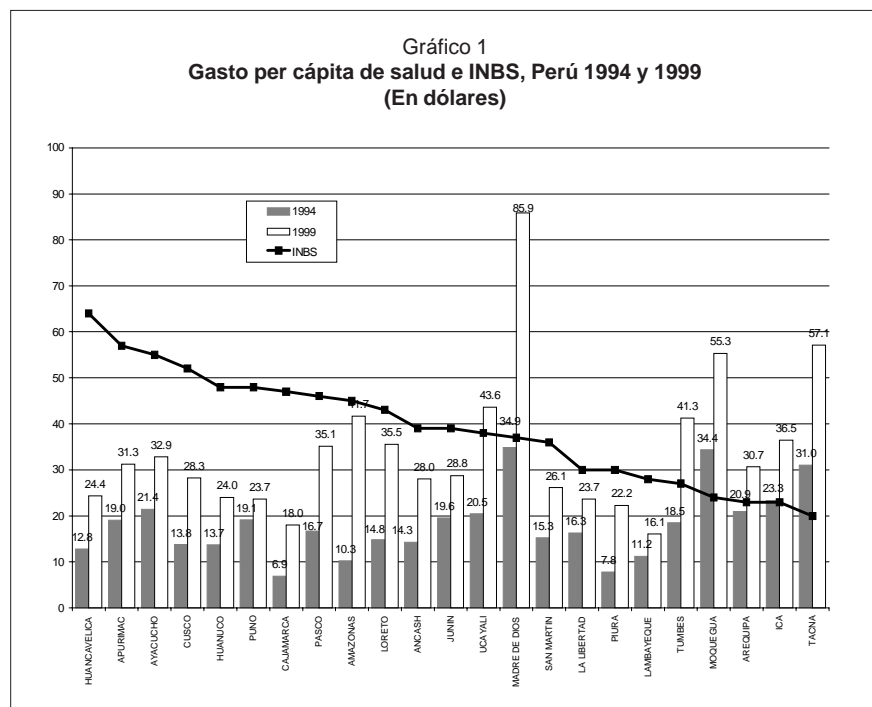
g) Brechas evitables de inequidad en los riesgos, el acceso y la atención

Las brechas de desigualdad entre los quintiles más pudientes y los más pobres se mantienen abiertas. El informe de Davidson Gwatkin et al. (2000) para el Banco Mundial en 1996 mostró que la tasa de mortalidad infantil en el Perú variaba entre 19.5 por mil en el quintil más rico a 78.3 en el más pobre.

La ausencia de un claro direccionamiento del sistema prestador hacia los más pobres y el aumento de la pobreza han originado un cambio en la estructura de la demanda y en el patrón clásico de utilización de servicios heredado de los 80, el mismo que establecía una trisegmentación entre pobres, capas medias y trabajadores. Este patrón se ha quebrado, implantándose subsidios cruzados y flujos de demanda de sentido diverso. Uno de ellos ha sido la presencia importante de sectores de las capas medias como usuarios de los servicios públicos.

La observación de la evolución de la concentración de las atenciones según niveles de pobreza entre 1996 y 1999 (Cuadro 4) muestra que no ha habido una gobernanza del sistema público capaz de reorientar la prestación a los niveles más pobres, aumentando las atenciones por igual o en forma errática para todos los niveles de pobreza en estos años.

Gráfico 1
Gasto per cápita de salud e INBS, Perú 1994 y 1999
(En dólares)



Cuadro 4
Concentración de atenciones por niveles de pobreza
MINSA 1996-1999

Rango de distritos por presencia de pobres	1996	1997	1998	1999
Hasta 39%	2.05	2.12	2.22	2.40
De 40 a 64%	2.03	2.21	2.33	2.57
Más de 65%	1.98	2.13	2.30	2.54

Fuente: Elaboración sobre la base de información del MINSA, OEI, HIS.

2.3.2. La concentración de la capacidad operativa en determinados programas y proyectos de interés del Ejecutivo

Luego de revisar la capacidad operativa de gobierno examinando sus campos de mayor y menor eficacia operativa, hemos constatado una mayor concentración de la capacidad operativa en determinados programas y proyectos nacionales de interés del Ejecutivo. A continuación analizamos el esquema de gestión ministerial en lo referente al monitoreo sectorial de los sistemas prestadores y al funcionamiento de los órganos de asesoría y soporte para la toma de decisiones. El propósito en esta sección es pasar de los problemas de formulación de políticas a aquellos relacionados a la gestión de las mismas, tratando, no obstante, de articular una visión integrada de ambos campos.

El examen de la capacidad operativa de gobierno en la implementación de políticas constata *el desarrollo desigual de la eficacia operativa*. Tomando como base los documentos del MINSA y la opinión de expertos consultados hemos ubicado las diferentes iniciativas y políticas de salud de la década en tres rangos de eficacia operativa, conforme al cumplimiento de sus objetivos:

Alta capacidad operativa:

- Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar
- Programa Ampliado de Inmunizaciones
- Programa Salud Básica para Todos
- Seguro Escolar Gratuito

Mediana capacidad operativa:

- Programa de Administración Compartida

Baja capacidad operativa:

- Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, 1998-99
- Proceso de Acreditación de Establecimientos de Salud
- Programa de Modernización de la Gerencia Hospitalaria
- Ley de Modernización de la Seguridad Social o creación de EPS

En realidad la eficacia/eficiencia gubernamental del sector envuelve también a las Direcciones de Salud (DISAs) y a todas las Direcciones Generales, pero estamos seguros de que una clasificación generalizada no variaría el hecho fundamental: la gran mayoría de iniciativas de gobierno se agrupan en los rangos de mediana y baja capacidad operativa y un grupo selecto se ubica en el rango de mayor capacidad operativa. En otras palabras, *se da una gobernanza focalizada. En general, existe gestión allí donde se desea que funcione puntualmente, en determinadas iniciativas, proyectos, programas o regiones de interés del Ejecutivo, pero no*

se da una conducción general de promoción de una institucionalidad eficiente y eficaz, generándose, por ello, problemas en el desempeño del sistema global.

Parte de la explicación de esta desigualdad manifiesta en la capacidad operativa tiene que ver con el esquema de gestión ministerial en lo referente al monitoreo sectorial de los sistemas prestadores y al funcionamiento de los órganos de asesoría y soporte para la toma de decisiones. A continuación señalamos algunos elementos a tomarse en cuenta en una reforma de la administración pública en salud.

- El MINSA no funciona como un sistema prestador integrado, a diferencia de EsSalud. La Dirección General de Salud de las Personas y la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud del MINSA no han orientado los servicios de salud del sector ni monitoreado sistemáticamente la prestación sectorial o la de sus propios servicios. Cada Dirección Regional de Salud ve el desempeño de su sistema prestador, gestionando para ello el apoyo técnico de los proyectos y programas o del nivel central. EsSalud y el sector privado no reciben indicaciones en este campo. No sorprende entonces que transcurran varios años antes de advertirse serios problemas de desfocalización del gasto en salud o de bolsones de ineficiencia. *No se ha formado así en el órgano rector una cultura de seguimiento sistemático de los indicadores del sistema de salud y de toma de decisiones informadas sobre los sistemas prestadores.*
- *La fragmentación del nivel central entre proyectos, programas y órganos de línea facilita esta acefalía de conducción.* El Programa Salud Básica para Todos en la práctica es la Dirección de Servicios Periféricos, conjuntamente con los programas verticales. Los proyectos nacionales mantienen redes propias con las DISAs donde intervienen. Los hospitales nacionales e institutos se relacionan directamente con el Vice-Ministro. En medio de todo esto la Dirección de Salud de las Personas se mueve en los intersticios de nodos con más poder real, como los proyectos autónomos con capacidad de gasto propio, lo que hace que no haya quien responda por el conjunto.
- Es probable que el *aumento del volumen bruto de atenciones* y el incremento de la consulta pública en salud a lo largo de la década haya restado visibilidad al hecho de que no estaba incrementándose el desempeño del sistema. El aumento de la producción de servicios se interpretaba en sí misma como un aumento en la accesibilidad y en la equidad, porque de hecho cubría más pobres en términos absolutos, pero no así en términos relativos.
- *La construcción insuficiente de sistemas de soporte para toma de decisiones* por la Alta Dirección afecta la posibilidad de una toma de decisiones informada. Hasta hoy no existe un sistema de información integrado y subsiste el parale-

lismo de subsistemas de información entre programas, proyectos, direcciones, DISAS, MINSA y EsSalud, problemas que se arrastran desde los 80.

- Los órganos de asesoría y apoyo de la Alta Dirección Ministerial no tienen aún la estructura, recursos humanos y asignaciones de funciones necesarias para su funcionamiento cabal. *Ya no estamos en la situación de inicios de los 90, en que no había casi información. Hoy hay información pero no análisis de la misma ni utilización de la información existente. Los déficits son de inteligencia sanitaria y estratégica.* Una vez más hay ruptura entre lo técnico y lo político. Luego de los grandes estudios de ANSSA-Perú de 1985-86, los estudios sectoriales se retomaron por encargo del MINSA entre 1994 y 1995 (MINSA 1997), pero luego se pasó a una etapa de estudios parciales de escasa circulación.

2.4. Capacidad directiva de los decisores y el funcionariado: política de recursos humanos y profesionalismo

En este acápite se examinará la especialización en administración y gobierno en salud, el tipo de selección del personal directivo, el régimen laboral y salarial de este estrato, y el tiempo de permanencia de los directivos en sus cargos.

- *Especialización en administración y gobierno en salud.* La revisión del historial de las autoridades y funcionarios del nivel central en el período 1990-2000 revela que la especialización directiva en la mayoría de los casos no fue previa al cargo, sino en el ejercicio mismo de éste. Casi todos los consultores y directores ministeriales estudiaron sus maestrías en administración en salud ocupando posiciones directivas y sólo una parte de ellos tenía experiencia directiva anterior.

A lo largo de la década, se ha podido apreciar que las bonificaciones por función directiva y la generación de remuneraciones más altas por consultorías y participación en proyectos han promovido un cierto desplazamiento de las preferencias de lo asistencial hacia la función directiva y un boom de la capacitación en postgrado. Como resultado de este proceso, el sector salud *ha visto incrementadas las capacidades de gerencia de establecimientos e instituciones.* No ha sucedido lo mismo con las capacidades relativas a gerencia de sistemas y gobierno sectorial. Como ha señalado Sonia Fleury (1999), una cosa es la gerencia de instituciones y otra la gerencia sistémica. Lo nuevo en la década respecto a la situación de inicios de los 90, marcada por la presencia de capacidades asistenciales pero no de administración, es que ha habido un incremento de las capacidades de gerencia de unidades o gerencia micro, pero no se ha avanzado mucho respecto a la gerencia sistémica y al gobierno sectorial, que son de naturaleza más compleja.

- *Tipo de selección del personal directivo.* Es evidente que han primado los criterios de confianza. No ha habido una real política de concursos para la selección de profesionales en los puestos de alta exigencia.

- *Régimen laboral y salarial de la función directiva.* La política seguida para atraer personal ejecutivo no ha sido la de mejorar las remuneraciones públicas, sino la de convertir la función directiva en consultoría de proyectos, con remuneraciones más altas. Esta modalidad de contratación y de remuneración ha originado problemas de comunicación entre el personal de ambos regímenes laborales.

En términos de capacidades directivas acumuladas, el reemplazo de la carrera pública por el régimen temporal de confianza no ha permitido avanzar lo necesario en la generación de un funcionariado de carrera y ha determinado una *inversión de débil impacto en el campo de los recursos humanos.* Pese a haberse desplegado un boom de capacitación y educación de postgrado en el sector salud, la no-existencia de una política clara de promoción de la formación y de selección de cuadros especializados en la gestión pública, determina poca acumulación de capacidades. El impacto de la inversión realizada en este campo es débil por la persistencia de la primacía de criterios políticos sobre los técnicos y la alta rotación de directivos. La hiper-politización de la función directiva hace de otro lado que la evaluación del desempeño del personal repose en consideraciones no relacionadas a la responsabilidad en el cargo.

- *Tiempo de permanencia de las autoridades y funcionarios del nivel central del MINSA.* La revisión de estos datos (ver Cuadro) permite establecer varias conclusiones importantes: en el primer gobierno del ingeniero Fujimori hubo una alta rotación de Ministros y funcionarios; *recién hacia 1994-95 se formó el equipo de salud del régimen,* con una mayor permanencia en sus cargos (mayor a 70 meses hasta la fecha). Ello quiere decir que la desaparición de las líneas de carrera y la alta rotación de directivos han sido más manifiestas en los niveles intermedios y de base del sistema, que en los niveles más altos, a diferencia de los 80 en que la rotación excesiva afectaba a todo el sistema. *En el quinquenio 1995-2000 se dio un fenómeno extraño en nuestra historia sectorial: la estabilidad de los principales cargos de confianza del nivel central.*

Estos fenómenos de aparición tardía del equipo de gobierno y de consolidación del mismo para todo un período de gobierno deben ser fuente de enseñanza para el futuro. El que el régimen haya debido invertir cuatro años para formar su equipo de gobierno alerta sobre el hecho, antes señalado, de que *la capacidad de gobierno se construye en el Perú ya en el gobierno. Es el costo de la inexistencia de partidos, centrales en la formación de gobernantes en los sistemas democráticos.* Su ausencia hace que los nuevos gobiernos se instalen sin una masa crítica

Cuadro 5
Tiempo de permanencia de autoridades y funcionarios centrales del Ministerio de Salud
28 de julio 1990 – 20 de octubre 2000

Ministros de Salud	Carlos Vidal Layseca Víctor Yamamoto Víctor Paredes Guerra Jaime Freundt Eduardo Yong Motta Marino Costa Bauer Carlos Augusto de Romaña y García Alejandro Aguinaga	28/07/90 – 18/02/91 18/02/91 – 06/11/91 06/11/91 – 28/08/93 28/08/93 – 07/10/94 10/10/94 – 03/04/96 10/04/96 – 05/01/99 05/01/99 – 14/04/99 15/04/99 a la fecha	6 meses 20 días 8 meses 18 días 21 meses 23 días 13 meses 12 días 17 meses 24 días 32 meses 26 días 3 meses 9 días 18 meses 5 días
Vice-Ministros de Salud	Víctor Cuba Germán Guerrero de los Ríos Salomón Zavala Sarrio Eduardo Yong Motta Alejandro Aguinaga Alejandro Javier Mezarina	28/07/90 – 24/03/91 24/03/91 – 05/11/91 26/11/91 – 12/10/93 12/10/93 – 13/10/94 14/10/94 – 15/04/99 17/04/99 a la fecha	7 meses 26 días 7 meses 11 días 22 meses 16 días 12 meses 54 meses 18 meses 3 días
Directores Dirección General de Salud de las Personas	Pedro Mascaro Rodolfo Zavala Ulffe Carlos Castellano Soule Ismael Cornejo Roselló Eduardo Pretel Zárate Olga Consuelo Amat León Esteban Eduardo Zárate Cárdenas Jesús Toledo Cecilia Costa	28/07/90 – 05/04/91 06/04/91 – Mayo 91 – 31/12/92 01/01/93 – – 18/08/93 22/11/93 – 30/12/94 01/01/95 – 03/09/98 03/09/98 – julio 2000 Julio 2000 a la fecha	8 meses 7 días 13 meses 8 días 44 meses 2 días
Directores Dirección General de Saneamiento Ambiental	Francisco Alvizuri Nora Razzeto Carrión Jorge Villena	28/07/90 – 31/12/92 01/01/93 – 10/02/94 11/02/94 a la fecha	17 meses 3 días 80 meses 5 días
Directores Oficina General de Planificación	Oswaldo Lazo María Rodríguez de Tello Jorge Urresti Muñoz Doris Marcela Lituma	01/08/90 – 31/05/91 01/01/93 – 15/10/93 16/10/93 – 01/11/94 02/11/94 a la fecha	9 meses 9 meses 15 días 12 meses 15 días 70 meses 18 días
Directores Oficina General de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa	Eugenio Villar Sonia Hilsler Vicuña Blanca Guerrero Pablo Augusto Meloni Navarro	28/07/90 – 18/02/91 – 31/12/92 01/01/93 – 01/11/93 01/11/93 a la fecha	6 meses 20 días 10 meses 83 meses 15 días
Directores Oficina General de Epidemiología	Pedro Prialé José Luis Seminario Mario Chuy Chiu Percy Minaya León	01/01/93 – Junio 95 – 11/03/98 12/03/98 a la fecha	31 meses 8 días
Directores Oficina General de Estadística e Informática	Julio Acosta Polo Gladys Gómez Rodríguez Miguel Cruz Julio Bonilla	15/09/90 – 31/12/92 01/01/93 – 30/06/94 01/07/94 – 24/08/00 25/08/00 a la fecha	27 meses 16 días 17 meses 29 días 73 meses 24 días 1 mes 25 días

Fuente: Elaboración: L. Fuentes

de recursos humanos preparados para la función directiva, por lo que tienen que reclutarlos de emergencia sobre la base de criterios de lealtad política, tomándose un tiempo excesivo en desarrollar la política sectorial. De otro lado, cuando se produce una muy alta rotación de funcionarios y autoridades, no existe posibilidad de acumulación de capacidades, pero cuando se tienen funcionarios con 6 o más años en un cargo, se generan *los fenómenos inversos de burocratización, rutinización y resistencia al cambio*.

3. Gobernabilidad y sociedad civil en el sector salud en los noventa

Prosiguiendo con la matriz de variables e indicadores de Daniel Kaufmann, Kraay y Zoido-Lobaton (1999), pero esta vez aplicada a la gobernabilidad en salud, hemos buscado aproximarnos a ella a través de cuatro variables:

1. Estabilidad política y conflictividad sectorial;
2. Relación ministerial con la sociedad civil sectorial;
3. Participación social en salud; y
4. Transparencia en la gestión.

3.1. Estabilidad política y conflictividad sectorial: de la ingobernabilidad al verticalismo

En este acápite hemos revisado un indicador de estabilidad política sectorial: los paros y huelgas sindicales en el sector, comparando la década de los 80 con la de los 90. Existe escasa información al respecto, pero la poca existente revela una gran diferencia entre una y otra década. De acuerdo a la información recogida por Zschock (1986: 65-67), entre 1980-1985 se produjeron 38 paralizaciones en el sector salud. En la década de los 90 (1990-1999), según los dispositivos legales del MINSA sobre paralizaciones publicados en el Diario Oficial El Peruano, se originaron un número mucho menor de éstas (14), lo que revela un cambio en la conflictividad sindical en el sector salud en las dos últimas décadas.

Se puede apreciar claramente que el sector salud sufría en la década de los 80 una crisis de gobernabilidad, registrándose una muy alta conflictividad intrasectorial. En los 90 *se da un clima de estabilidad social y política en el sector, y no obstante existir condiciones para una gobernabilidad democrática, ésta no se da*.

Lo que corresponde resaltar aquí es que el problema principal para la no gobernancia sectorial en los 80 fue la *ingobernabilidad nacional y sectorial*. Desaparecida esta situación en los 90, las razones para los problemas ya vistos de débil capacidad ministerial de planeamiento y formulación de políticas de

Estado, de escasa capacidad legislativa, de desigual capacidad operativa y de mala utilización de la capacidad directiva del funcionariado o staff, no se asocian a un bloqueo de la acción del Estado por los actores sociales organizados del sector salud.

3.2. El MINSA y su relación con la sociedad civil sectorial

En este punto se abordará el tema de la concertación de políticas sectoriales y las relaciones interinstitucionales del MINSA con los actores claves del sector, entre los que se incluyen: ONGs, universidades, Iglesia, Colegio Médico del Perú, Federación Médica Peruana y algunas asociaciones de profesionales de salud.

3.2.1. La concertación de las políticas sectoriales: El Consejo Nacional de Salud

Como se sabe, la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, (Decreto Legislativo N° 584) promulgada el 18 de abril de 1990, estableció en su artículo 5° que la Alta Dirección Ministerial, constituida por el Ministro y el Viceministro, contaría con un órgano consultivo, la Comisión Consultiva del Ministerio de Salud y tres órganos de concertación: el Consejo Nacional de Salud, el Comité Técnico de Coordinación Nacional y el Comité Nacional de Integración Funcional.

Pese a que el Consejo Nacional de Salud es señalado por el citado Decreto Legislativo como “el órgano coordinador e integrador del Ministerio de Salud y del Sistema Nacional de Salud”, “responsable de la formulación de la política nacional de salud” (art. 11°), este órgano de gobierno sectorial nunca ha sido convocado a lo largo de los 90. Este Consejo debe estar integrado por representantes del Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social (hoy EsSalud), Sanidad de las FFAA y Policiales, servicios de salud del subsector no público, Asamblea Nacional de Rectores, Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM), Colegio Médico del Perú, otros colegios profesionales del sector salud, gobiernos regionales, beneficencias públicas, centrales sindicales, organizaciones populares y organizaciones gremiales vinculadas al sector. La única precisión que hizo el Decreto Supremo N° 002-92-SA (Reglamento de Organización y Funciones del MINSA) sobre el Consejo Nacional de Salud fue el señalamiento de que tendría 15 miembros. *Dado que este órgano de concertación canaliza la opinión pública sectorial y establece en su dinámica el estilo de gobernabilidad ministerial con su comunidad sectorial, su no-existencia expresa una voluntad de ejercer la función gobierno sin necesariamente una gobernabilidad democrática.*

Este estilo de gobierno sectorial es nuevo en la historia del sector. El MINSA en anteriores gobiernos no siempre fue democrático pero siempre trató de mantener

relaciones cordiales con su comunidad sectorial. Ya ha sido estudiado que el sector salud del Perú es un caso histórico de débil regulación estatal (Arroyo 1998). Por eso, en pleno apogeo del estatismo en los años 60 y 70, la profesión médica siguió conservando siempre cierto status de profesión liberal. La corporación médica ha gobernado siempre el Ministerio de Salud, por lo general mediante la presencia de médicos notables en los partidos de gobierno de la década de los 60, en particular en Acción Popular, o directamente, por su influencia en el Ministerio de Salud y Seguro Social. *Esto implicaba cierta relación semi-horizontal entre el MINSA y la sociedad civil.* Podían haber grandes huelgas y pedidos de renuncias de los médicos gremialistas a los médicos ministros, pero seguían siendo por sobre todas las cosas, “compañeros de promoción”. Eso se quebró en el quinquenio 1995-2000. Al inicio de los 90 funcionaron el Comité Técnico de Coordinación Nacional y en algunas etapas la Comisión Consultiva, pero conforme pasaron los años la Alta Dirección gobernó sola.

El D.L. N° 584 también estableció que debía reunirse el Comité Técnico de Coordinación Nacional, presidido por el Ministro y constituido por los Secretarios Regionales de Asuntos Sociales y las autoridades regionales de salud, con el fin de coordinar y concertar los planes y programas sectoriales así como la formulación de los presupuestos (art.12°). El Comité Nacional de Integración Funcional era el órgano que debía normar el proceso de integración de los servicios de salud del IPSS con los de los gobiernos regionales (art. 13°). El Comité Técnico se reunió durante la gestión del Dr. Carlos Vidal pero el Comité de Integración Funcional nunca. No obstante, han habido diferentes intentos de coordinación entre el MINSA y EsSalud a lo largo de la década.

3.2.2. Las relaciones del MINSA con los núcleos activos de la sociedad civil

Los grandes animadores de la sociedad civil del sector salud han sido y son los gremios de profesionales y en particular el Colegio Médico del Perú y la Federación Médica Peruana, las Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo (ONGDs), algunas asociaciones profesionales en el sector, algunas universidades y la Iglesia y su Departamento de Acción Social.

La experiencia de los 90 muestra que las instituciones que incentivan el voluntariado en salud se empoderaron en el momento más crítico del Estado, entre 1988 y 1992 (AGENDA: Perú 1997: 30). El redespigamiento del Estado se dio a partir de 1994, con la ampliación del financiamiento público y el fortalecimiento del Estado como receptáculo de la cooperación externa, propiciándose el retorno a una *visión estatista de los servicios sociales y al desarrollo de un contexto propicio para una actuación ministerial que prescindiera de otros actores.*

- Las ONGDs

Presentamos a continuación algunos cambios experimentados por las ONGDs de salud en los 90, en particular en lo concerniente a su relación con el Estado y la población:

- *El tema de salud se desarrolló y consolidó en los 90 como un área temática importante entre las ONGs, a diferencia de las décadas previas. De acuerdo al Registro de Organizaciones no Gubernamentales de Desarrollo del Perú del Ministerio de la Presidencia inscritas a octubre de 1998, 190 ONGDs (48.8%) se dedicaban a salud, advirtiéndose la existencia de otras 103 ONGs que perdieron su inscripción al no renovarla en dicho año. Además se registran 40 entidades e instituciones extranjeras de cooperación inscritas en el Ministerio de Relaciones Exteriores, la mayoría de ellas comprometidas en proyectos de salud (Noriega 1997, Beaumont et al. 1996).*
- No obstante el número de ONGDs comprometidas en proyectos de salud, la fortaleza de las ONGDs no tiene tanto que ver con el monto global de su financiamiento en el sector, o el número de personal que incluyen, o el tamaño de sus proyectos. Existen ONGDs relativamente grandes, pero en general se trata de instituciones pequeñas. Según información de la Secretaría Ejecutiva de Cooperación Técnica Internacional (SECTI), las ONGs manejan el 10% de los recursos de la cooperación internacional, lo que a su vez es sólo una parte del financiamiento de las áreas sociales (Valderrama, 1995:94). Las intervenciones de las ONGs suelen ser en profundidad, con escasa cobertura, tendientes a proyectos de mediana duración y a cierta integralidad o relación con otros aspectos del desarrollo social.

Respecto a los grandes proyectos de cooperación ejecutados en los 90 por el Estado, las ONGDs han manejado por lo general montos no importantes y poblaciones reducidas.

- *La vitalidad aportada por las ONGs al sector salud tiene mucho que ver con su énfasis característico en la capacitación popular y en el fortalecimiento de las organizaciones sociales para afrontar los problemas de salud. Ello otorga mayor sustentabilidad a sus proyectos, por la transferencia de conocimientos y responsabilidades a sus beneficiarios. Igualmente incentiva un sentido menos sectorizado de los proyectos y por tanto una asunción más global de la tarea en salud. Pero sobre todo comporta una forma participativa de asumir lo social. En opinión de la mayoría de investigadores, las ONGDs representan mejor que el Estado, por lo menos por ahora, la posibilidad de políticas sociales más horizontales y/o basadas en el enfoque del desarrollo humano.*

Este énfasis en la capacitación y fortalecimiento organizacional es antiguo en las ONGDs. Lo nuevo es que se han modernizado en la formulación, gestión y evaluación de proyectos y programas sociales. Su estilo co-gestionario tiene, sin embargo, un flanco débil: la actuación micro, de impacto limitado y escasa proyección regional o nacional. En los últimos años se ha tendido a la actuación en consorcio o en red, a la articulación por zonas de intervención y a la asociación por especialidades. Pero es una característica general de las ONGDs que actúen intensivamente en espacios limitados y con perfil bajo, desperdiciándose, por desconocimiento del resto, experiencias sumamente valiosas.

- En los años 90 se ha procesado un reposicionamiento gradual de las ONGs desde su anterior espacio exclusivo, la población, a una mayor relación con el Estado. Es visible una progresiva relación de un número creciente de ONGDs con el Estado en calidad de instituciones operadoras de proyectos y programas sociales públicos (Portocarrero y Romero 1994: 38-43). La política de tercerización parcial del Estado en algunos campos ha sido correspondida por el viraje gradual de algunas ONGDs hacia una función de intermediación y soporte técnico-organizativo del Estado en las áreas sociales. En las décadas anteriores, las ONGDs obtenían su financiamiento en forma casi exclusiva de la cooperación externa. En los 90 una parte de ellas recibió fondos del Estado.
- *El nuevo interés del Estado en las ONGs es de naturaleza utilitaria. Para el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) ha significado, por ejemplo, cierta garantía de buena utilización de los recursos, pero ello no conlleva un involucramiento del Estado en el mundo social en que las ONGs se desenvuelven. El Estado las considera ejecutoras de sus políticas y por tanto no las incorpora a los procesos de toma de decisiones, teniendo a su favor el hecho de que muchas de ellas no se planteen el terreno de las políticas públicas como su campo. Paradójicamente las ONGs han sido en la década de los 90 formadoras de cuadros técnicos para el Estado y sus grandes proyectos, pero estos cuadros, una vez convertidos en funcionarios públicos, se desvinculan del mundo social en el que se formaron.*
- Está demostrado que la eficiencia en la gestión de proyectos de desarrollo social es mayor en este tipo de instituciones debido probablemente a la poca carga remunerativa. Los datos muestran que el tamaño de las ONGs en cuanto a personal depende del número de proyectos que ejecuten más que de la dimensión de los proyectos, lo que quiere decir que grandes proyectos pueden ser ejecutados con una menor cantidad de personal (Beaumont et al. 1996: 65).

- La relación con el Colegio Médico del Perú y la Federación Médica Peruana

El Colegio Médico del Perú y la Federación Médica han representado en la década de los 90 la oposición en el sector salud, constituyéndose en espacios plurales de desarrollo de opiniones libres, foros abiertos de debate sobre la problemática sectorial. Se puede decir que el Colegio Médico del Perú es quizás uno de los pocos espacios de debate y formulación programática en el sector. No es casual que algunas de las iniciativas más importantes en el campo de los recursos humanos, como la acreditación de Facultades de Medicina y la recertificación médica, hayan sido impulsadas desde el Colegio Médico.

Pese a este cariz más programático y menos reivindicativo de la corporación médica en la década, el Ministerio de Salud no ha tomado en cuenta, salvo excepciones, las opiniones y sugerencias recibidas desde el Colegio y la Federación. La labor del Comité de Salud Pública del Colegio Médico, de su Programa de Educación Continua, de su Comité de Ética, de las Sociedades Científicas y la coordinación con otros colegios profesionales, han mostrado en las diferentes gestiones de la década un desarrollo poco visto en otras corporaciones profesionales, acaso sólo en el Colegio de Abogados del Perú. El MINSA no ha sabido apreciar la vitalidad propositiva de este desarrollo, respondiendo con una actitud de prescindencia que probablemente se ha nutrido de la tesis oficialista de que toda intermediación colectiva sobre los individuos es negativa, debiendo el Estado relacionarse directamente con la población sin partidos ni núcleos activos de la sociedad civil.

3.3. El Ministerio de Salud y la participación social

¿Se ha ampliado o ha disminuido la participación social en los 90? ¿Es abierta y cogestionaría la relación del Estado con la comunidad? ¿Se está desarrollando una corresponsabilidad en salud? ¿Fue la política de salud de los 90 realmente participativa? ¿Podría darse el caso de un Estado no participativo intra-sectorialmente pero ampliamente participativo extra-sectorialmente? Estas son las interrogantes que aparecen de inmediato ante la necesidad de una mirada general de la participación social en salud.

Es imposible dar una respuesta sencilla a estas preguntas. La realidad de la participación social en salud en los 90 ha sido de hecho compleja. Basándonos en la estadística existente, en la información legal y en las opiniones de los informantes claves, vamos a reseñar aquí lo realizado desde el MINSA, por no existir prácticamente actividades de participación en el Seguro Social.

La información recogida configura un cuadro general de la participación social caracterizado por cuatro rasgos:

1. La vigencia de un amplio voluntariado social en salud y de un ideario en pro de la participación operante sobre todo en el primer nivel de atención.
2. El desarrollo lento e incierto de la participación institucionalizada bajo la forma de los CLAS a partir de 1994.
3. La puesta en un segundo plano de todas las formas de participación y salud comunitaria tradicionalmente vinculadas a la planificación y movilización local.
4. La fragmentación de la promoción, monitoreo y supervisión de la participación social en el Ministerio de Salud.

3.3.1. Extensión del voluntariado social en salud: el Censo de 1996

El levantamiento de un censo nacional de todas las organizaciones de la comunidad que realizan acciones en el campo de la salud fue aprobado en 1996 mediante Resolución Viceministerial N° 399-96-SA. Los resultados del censo contabilizan la existencia de 34,929 organizaciones de la comunidad que realizaban acciones en el campo de la salud en todo el país, revelando lo que se aprecia en el primer nivel de atención en todas las provincias y distritos del país: la vigencia amplia de la participación social local en sus múltiples formas. Conforme se puede apreciar en el Cuadro 6, *el nuevo tejido social popular post-clasista de los 80 y 90 en el país ha integrado ya las funciones de salud*, de tal forma que existen no sólo organizaciones populares específicas de salud (comités de salud, promotores, uros comunales y botiquines comunales) sino organizaciones comunitarias con tareas en salud (comités multisectoriales, clubes de madres, comités de vigilancia comunal, comedores populares, comités de vasos de leche y wawa wasis).

Cuadro 6
Registro de organizaciones de la comunidad que realizan acciones en el campo de la salud, 1996

Organizaciones de la comunidad	Número
Comités de salud	61
Comités multisectoriales	11
Comités del vaso de leche	6,477
Promotores de salud	11,128
Comedores populares	3,454
Clubes de madres	2,710
Uros comunales	5,453
Wawa wasis	1,473
Parteras	708
Botiquines comunales	98
Comités de vigilancia comunal	276
ONGs	413
Otros	2,667
Total	34,929

Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria, 1997.

3.3.2. Las formas de participación y salud comunitaria vinculadas a la planificación y desarrollo local

En 1994, cuando se crearon los comités locales de administración de salud (CLAS) se resumieron en el modelo de administración compartida sólo algunos elementos de participación y co-gestión centrados en las relaciones entre la comunidad y su establecimiento de salud. Como lo expresó claramente Juan José Vera (1995: 89) un año más tarde, "El Programa de Administración Compartida (PAC) fue diseñado y organizado a partir de enero de 1994, como una alternativa a las limitaciones que presenta la administración pública de los centros y puestos de salud. *Es, por lo tanto, una modalidad de administrar los recursos públicos, cuya justificación se encuentra en los objetivos inmediatos de la estrategia de gasto social del gobierno central.*"

Existen, sin embargo, múltiples formas de participación social local, afines a la estrategia de atención primaria y a la táctica de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), que han seguido siendo desarrolladas pese a que no han sido necesariamente recogidas en la experiencia participativa de los CLAS. Todos los años, la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria del MINSA recoge información sobre estas actividades de participación comunitaria desarrolladas en las Direcciones Regionales de Salud, dando cuenta de la misma en Informes Anuales (MINSA\DEPAC 1994 y 1997: caps. V y VI). Es cierto que no existe una auditoría o supervisión que permita verificar la validez real de la información recibida a nivel central, así como es igualmente cierto que la carencia de un sistema de indicadores más precisos en el campo de la participación social no posibilita evaluar más rigurosamente los niveles de avance del cumplimiento de los objetivos y metas. Lo que es indiscutible, sin embargo, es que existe, en la base del sistema público de salud, un activismo participativo evidente, aun cuando no tenga la debida orientación nacional. Algunas de las formas y actividades de participación social local señaladas por las DISAS y compartidas con las ONGs, Iglesia y otras entidades públicas y privadas son las siguientes:

- Procesos de planificación de base en salud
- Procesos de planificación de base con entidades multisectoriales
- Diagnósticos comunitarios de salud
- Sistemas de vigilancia epidemiológica participativa
- Encuentros comunitarios de salud
- Comités locales de salud
- Comités de apoyo en salud
- Comités de vigilancia ciudadana en salud
- Asambleas comunitarias con temas de salud
- Ferias de salud
- Promoción de asociaciones de pacientes (TBC, SIDA)

- Cursos para promotores, parteras, vigías y agentes de salud en general
- Reuniones de sensibilización
- Campañas de difusión
- Labores de IEC
- Educación sanitaria en centros educativos
- Concursos escolares en salud
- Autocensos
- Encuestas distritales o comunales
- Inventarios de parteras, curanderos u organizaciones de base
- Botiquines escolares y/o comunales
- Proyectos de huertos escolares, familiares o comunales
- Proyectos locales cogestionados en nutrición y salud

Lo nuevo en los 90 ha sido que todo esto se ha desplegado como una atención primaria ejecutada en paralelo a las preocupaciones centrales en los más altos niveles directivos. El MINSA ha venido focalizando su atención en los CLAS, que no integran todas las formas de participación social en salud promovidas por el enfoque de atención primaria. De ahí la extrema debilidad de la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria y el escaso apoyo para la tecnificación, sistematización y seguimiento de estas experiencias locales.

3.3.3. La institucionalización de la participación: los CLAS

La gran experiencia de participación social en los 90 es la de los CLAS. No pretendemos aquí efectuar una evaluación de tan importante experiencia en el país, sólo deseamos resumir alguna información sobre determinados indicadores capaces de posibilitarnos una visión de conjunto sobre los CLAS y la participación social en la actualidad. Todo ello debe servir de base para señalar los puntos críticos a resolver. Estos indicadores son: a) la amplitud de la participación social en los CLAS; b) la modalidad de participación; c) el tipo de participación realmente existente, y d) la opinión de los actores en la implementación del Programa de Administración Compartida (PAC) sobre el funcionamiento del mismo.

- El estudio realizado por el Ministerio de Salud en 1998 acerca de los CLAS y la participación comunitaria (MINSA\PAAG 1999: 27-43), estableció, sobre la base de una encuesta dirigida a 1,047 líderes procedentes de 447 comunidades, que el tejido social en el cual se insertan los CLAS es relativamente fuerte. Así, el 23.5% de los líderes encuestados eran representantes de Clubes de Madres, el 17.5% del Vaso de Leche y el 14.4% presidentes de APAFAs. Asimismo, el 52.5% eran mujeres; el 41.1% amas de casa, el 38% agricultores y el 11.3% comerciantes. La edad promedio era de 38.9 años y el 78.7% habían sido elegidos en asambleas generales. El 69.8% de las comunidades con CLAS tenían Vaso de Leche, el 64.8% Clubes de Madres y el 15.7%

Comités de Salud; sólo el 1.8% manifestó no tener ninguna organización de base en su comunidad. El tiempo promedio de funcionamiento de las organizaciones de base resultó ser de 10.6 años y un 53.3% manifestó tener reuniones mensuales. Un 57.9% de los encuestados refirió tener promotores de salud en su comunidad y un 60.6% indicó tener otros agentes tradicionales de salud en sus comunidades.

- Pese a este importante enraizamiento social de los líderes comunales entrevistados, *su información respecto a los CLAS fue sorpresivamente modesta*. En cuanto al acceso a la información sobre los servicios, no se encontró una diferencia significativa entre las comunidades que contaban con el programa de los CLAS y aquellas que no lo tenían. Sólo un 43.9% conocía los horarios de atención y un 38.7% había tenido alguna reunión informativa sobre los servicios. El 40% de los líderes de comunidades con CLAS no conocía la existencia del CLAS en sus propios servicios de salud. Sólo un 38.8% de líderes con CLAS declararon haber sido consultados sobre el funcionamiento del CLAS en el establecimiento de salud (MINSAPAAAG 1999: 46-48). La conclusión central del estudio del MINSAP es que *“no existe relación entre el modelo de gestión del establecimiento de salud y la participación comunitaria en actividades de salud en los componentes de planificación y ejecución*. No obstante, se observa que existe un nivel de participación comunitaria independientemente de los modelos de gestión” (MINSAPAAAG 1999: 77).
- Cortez (1998: 31-32), en un estudio sobre los CLAS señala que se trata de un modelo que conlleva una modalidad de “participación fría”. El margen escaso de participación de los CLAS tendría que ver con el hecho de que el modelo de los CLAS *involucra a algunos de los líderes comunales y no necesariamente a sus comunidades*. “...la representatividad de los miembros de la comunidad no es plena. En otras palabras, no es necesario que los integrantes de los CLAS sean elegidos representativamente por una asamblea comunal, o mediante sufragio universal. (...) Este hecho podría explicar la razón por la cual son muy pocos los usuarios de los CLAS y los pobladores de la zona que tienen conocimiento de la participación de los miembros. (...) La comunidad, entonces, a pesar de lo que pudiera creerse, no tiene relación directa con el Ministerio”. El citado estudio de Cortez establece una interesante tipología de CLAS según las relaciones de poder en su interior. Habría cuatro tipos de CLAS: con control comunitario, con control médico-técnico, con control gerencial y con control difuso. Lamentablemente dicha tipología, capaz de otorgarnos una radiografía del poder real de los miembros de los CLAS, no se incluyó entre la data a ser recogida en el trabajo de campo. El objetivo de dicha investigación era otro: evaluar la equidad y la calidad de los servicios de salud con CLAS. Sin embargo, la encuesta incluyó preguntas cuyos resultados confirman la investigación del MINSAP. De los 1,052 encues-

tados, *el 80.8% no sabía que su establecimiento de salud era administrado por un CLAS, el 91.25% no conocía los nombres de los representantes de su comunidad en el CLAS y el 95.8% no había participado en la elección de dichos representantes*. Estos resultados sobre la reducida participación comunitaria coinciden con los del estudio de O’Brien y Barrenechea (1996). La modalidad de participación en los CLAS es, por lo tanto, individual y no colectiva, no-estructurada y a solicitud del servicio en la mayoría de casos.

- Con relación al tipo de participación, luego de siete años de fundado el programa, resulta cada vez más evidente que los CLAS han venido promoviendo una importante *participación de tipo colaborativo* de sus integrantes con los servicios. El estudio del MINSAP encontró que no se hallaban diferencias entre los establecimientos con o sin CLAS en cuanto a la participación en la planificación en salud, y que había “una clara tendencia de los establecimientos de salud a considerar a la comunidad únicamente como un recurso de ejecución de tareas planificadas desde la oferta de los servicios” (MINSAPAAAG 1999: VII).
- Sin embargo, las comunidades donde funcionan los CLAS cuentan con su apoyo. La población opina a favor de que este modelo de gestión continúe pese a su insatisfacción por su limitada participación. El 38.1% de la población piensa que la presencia de representantes de la comunidad ha contribuido en buena medida a asegurar la atención y medicinas a los más pobres, el 37.2% considera que ha colaborado bastante a establecer tarifas que puedan ser pagadas por la mayoría y el 38.6% estima que ha apoyado en la mejora del trato del personal de salud a los usuarios. De todo esto se desprende que la opinión mayoritaria de los actores involucrados se orienta al perfeccionamiento del modelo, no a su anulación. El tema político-institucional sería cuál debe ser la reorientación de los CLAS.
- Los actores del Programa de Administración Compartida (PAC)³ manifiestan, sin embargo, un problema más de fondo: la ambigüedad del MINSAP evidenciada durante los años 90 respecto al desarrollo nacional de este Programa. Se señala que este asunto no puede seguir siendo postergado, porque determina la “performance” regular del programa nacional. Los numerosos estudios sobre los CLAS evalúan multiplicidad de aspectos de los mismos, pero pocos aluden en forma explícita a esta ambivalencia fundamental. Los CLAS son perfectibles siempre y cuando tengan un pleno respaldo político, que es lo que está en cuestión. Altobelli (2000: 5 y 8) señaló una “crisis del PAC en 1998”, en que se

³ Programa creado en 1994 mediante R.M. N° 451-94-SA y Directiva N° 001-94-SA, con la función de promoción, monitoreo y supervisión de los CLAS.

manifestó una diferencia de opinión “entre quienes querían ver morir al PAC y los que deseaban su continuidad”. “La falta de un mandato claro sobre el PAC, por parte del Ministerio, era para las autoridades regionales –dice Altobelli– una señal indirecta de que el PAC no era importante y podía ser pasado por alto.” El principal indicador del carácter optativo de esta política es el desarrollo lento e incierto de los CLAS, dejado a criterio de los Directores Regionales. Los documentos oficiales muestran como un logro que los CLAS existan en 26 de las 34 Direcciones de Salud del país, alcanzando a 855 establecimientos. La pregunta es por qué luego de 7 años de funcionamiento no está aún presente en todas las 34 DISAS y 5,755 establecimientos periféricos del MINSA, como sí lo está el Programa Salud Básica para Todos. Los CLAS han mostrado, pese a los límites de la participación social promovida, su incidencia favorable en la equidad y calidad de los servicios de salud.

- El perfeccionamiento del modelo pasa por una opción básica de política. Es probable que las evaluaciones del impacto del modelo en los servicios no hayan aportado elementos para una toma de decisiones por no haber discriminado las diversas variantes reales del modelo, pues hay varios tipos de CLAS, como hemos visto. Las investigaciones consideran homogénea la variable interviniente. La única disyuntiva planteada al respecto partió desde el campo de la gestión práctica de servicios en red y fue la debatida en 1997-1998 sobre si los CLAS debían ser individuales o por redes de establecimientos. Dichas opciones no son disyuntivas pues la ampliación de la participación social implica la inclusión de representantes sociales en instancias de nivel local, intermedio y nacional, como ha sucedido en otros países. Pero ese debate expresaba de forma indirecta la tendencia de muchos CLAS a convertirse en una simple modalidad administrativo-financiera antes que en un modelo de cogestión participativa en salud. Muchos actores interpretan los CLAS sólo como una forma de salvar las trabas burocráticas presupuestales propias de los órganos de línea ministeriales. La participación social se convierte en esta versión en una forma de ejecución presupuestal. La reforma de los CLAS deberá precisar y reforzar el carácter original del modelo, articulador entre lo participativo y lo administrativo-financiero, integración que le otorga un carácter avanzado reconocido en todas las latitudes.
- La denominada “crisis del PAC de 1998” reveló, además, su debilidad como programa nacional. Dice Altobelli que “el PAC estaba concebido para funcionar desde el nivel central, obviando a las autoridades sanitarias regionales al transferir fondos directamente a las comunidades. La oficina central del PAC no tenía recursos para supervisar directamente a cada uno de los CLAS, y a las oficinas sanitarias regionales tampoco se les asignaba esta tarea ni presupuesto para acometerla. Como resultado, la supervisión de alguno que

otro CLAS se quedaba en nada.” En un Ministerio acostumbrado a actuar verticalmente bajo programas con órganos de dirección, correas de trasmisión y financiamiento propios, el PAC no encajaba al no tener esa estructura ni sistemas de soporte. Esto ha limitado su despliegue. El problema a futuro, sin embargo, no es la creación de un nuevo programa autónomo sino más bien integrar en un modelo coherente de periferia los componentes dispersos actuantes desde diferentes programas y proyectos.

3.3.4. La fragmentación de la promoción, monitoreo y supervisión de la participación social

En agosto de 1992 se emitió el Decreto Supremo N° 002-92-SA, Reglamento de Organización y Funciones del MINSA, que señala en su artículo 77° las funciones de la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria (DEPAC) como órgano de línea de la Dirección de Salud de las Personas. Para el caso de las Direcciones de Salud de Lima y Callao, la Resolución Ministerial N° 0805-92 señala la ubicación de la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria dentro de las Direcciones Generales de Salud de cada DISA. Sin embargo, en el resto del país no hubo un dispositivo similar, por lo que en algunos casos la función de participación comunitaria se juntó con el área de recursos humanos, en otros, quedó como instancia de coordinación, o por último se recategorizó hacia abajo la responsabilidad ubicándola como una Unidad. *La tendencia general ha sido la devaluación de la función de participación comunitaria y su ubicación en el organigrama como división u oficina de menor categoría.*

El problema mayor, sin embargo, viene siendo la actuación desarticulada y en paralelo de las Direcciones Ejecutivas de Participación Comunitaria (DEPAC), el PAC y los programas, agravándose aún más esta situación al mantener estos últimos en forma independiente y descoordinada sus componentes de participación.

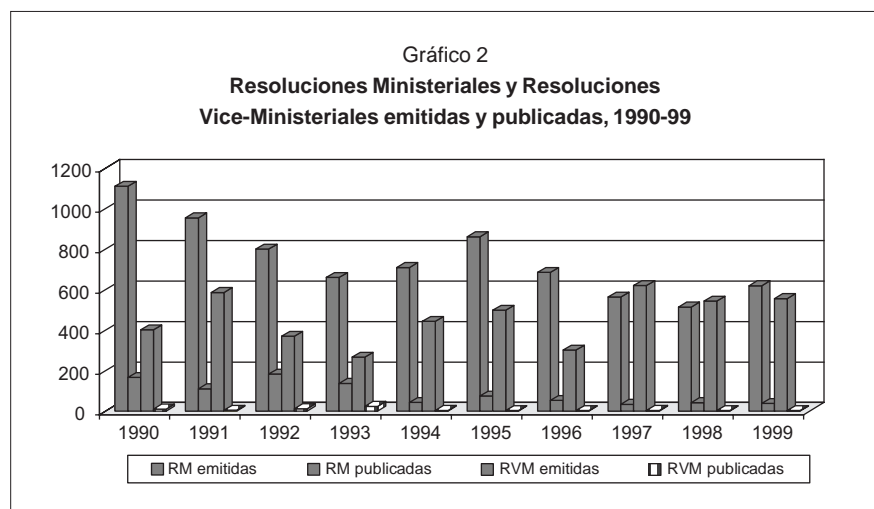
En el fondo, la gran ambivalencia ministerial sobre la participación social ha tenido que ver con la reubicación de la atención primaria y de la salud comunitaria en el enfoque de la salud crecientemente tecnocrático propio de los 90. El gran cambio en la década pasada, motor de los demás, ha sido un cambio doctrinal: los discursos de la atención primaria y de la salud comunitaria estaban en el centro mismo del paradigma hegemónico en salud hasta los 90, y en la última década dejaron de estarlo. No desaparecieron, pero tuvieron un rol subordinado. Por eso el debilitamiento y la ambigüedad en el mensaje de Salud para Todos por Todos, pues el centro del paradigma hegemónico en salud ha estado ocupado por discursos de reingeniería del financiamiento y la prestación. El discurso de la democratización de la salud y de la participación social ha estado subordinado al discurso del mejoramiento del gasto social. No son contradictorios pero es eviden-

te que en la mixtura procesada ha habido pesos diferenciados. De otro lado, en los últimos años ha habido un reenfoque de la participación social, proveniente de los nuevos desarrollos sobre ciudadanía y derechos sociales que enfatizan el empoderamiento ciudadano y el control social del Estado.

Curiosamente, el Perú resolvió ante los ojos de todos el falso dilema entre participación y eficiencia con el modelo de los CLAS, pero no le dio el impulso necesario a la propuesta. En mucho, el destino de la participación social en salud tendrá que ver con una opción definitiva sobre los CLAS.

3.4. Transparencia en la gestión

En la evaluación de la capacidad de gobierno a nivel internacional una variable central es la transparencia en la gestión.



En el sector salud peruano no tenemos aún investigaciones sobre este campo, aunque existan evidencias de una escasa transparencia en la gestión. Manifestaciones de ello son la no-convocatoria de los organismos de consulta y concertación del MINSA, la no-existencia de mecanismos de rendición de cuentas de la gestión, y la preparación en reserva de los dispositivos legales centrales de reforma en salud. Mostramos a renglón seguido el número de las Resoluciones Ministeriales y Vice-Ministeriales emitidas y publicadas en el Diario Oficial El Peruano entre agosto de 1990 y diciembre de 1999, cifras que muestran una enorme diferencia entre los dispositivos emitidos y los publicados (Cuadro 7).

Cuadro 7
Resoluciones Ministeriales (RM) y Resoluciones Vice-Ministeriales (RVM) emitidas y publicadas. Agosto 1990-diciembre 1999

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
RM emitidas	1,111	955	800	660	709	861	685	563	514	619
RM publicadas	166	110	183	137	43	74	53	33	42	38
RVM emitidas	401	586	370	266	443	498	301	620	543	556
RVM publicadas	10	4	12	23	3	2	2	3	2	2

Fuente: Elaboración: L. Fuentes.

4. Intersectorialidad y salud

Los hechos ratifican que un esquema de gobierno centralista conlleva necesariamente una contradicción con la coordinación intersectorial. En los 90 ha sido visible la profundización del "sectorialismo", y por tanto la organización vertical del Estado en base a Ministerios, proyectos y programas sociales verticales y la puesta en segundo plano del enfoque de desarrollo social o integral y de la base territorial del planeamiento. El enfoque centralmente intrasectorial de las políticas públicas en los 90 se ha manifestado en la provisionalidad de los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTARs) y en la actuación fragmentada y en paralelo del Estado. El débil impacto de la inversión social tiene mucho que ver con esta actuación dispersa y superpuesta (Vásquez y Riesco 2000).

Vamos a describir primero el tipo de intersectorialidad tradicional que los Ministerios asumen de oficio, que es su participación en comisiones multisectoriales, para luego reseñar las líneas de trabajo intersectorial a nivel regional y local, y finalmente la participación del sector salud en la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS). La gran experiencia intersectorial nacional de los 90 es la del CIAS, implementado entre los años 1993 y 1998.

4.1. Las comisiones multisectoriales en las que participa el MINSA

El Ministerio de Salud participa, a través de sus representantes, en una serie de comisiones multisectoriales, que han sido la mayoría de las veces fruto de la iniciativa de algún ministerio refrendada legalmente. Algunas de estas comisiones o instancias en las que el MINSA participa son:

- Consejo Nacional de Seguridad Vial (el MINSA designó a su representante vía la R.M. N° 505-96-SA/DM del 16 de setiembre de 1996).
- Comité Multisectorial de la Segunda Región de Defensa Civil (se designó un representante el 12 de octubre de 1996 vía la R.M. N° 600-96-SA/DM).

- Sociedad Peruana de la Cruz Roja (se designó un representante el 13 de julio de 1994 vía la R.M. N° 252-94-SA/DM y luego el 18 de octubre de 1996 vía la R.M. N° 605-96-SA/DM).
- Comité de Coordinación Intersectorial del Programa Nacional de Apoyo a la Repoblación (se designó un representante el 22 de noviembre de 1996 vía la R.M. N° 673-96-SA/DM).
- Consejo de Supervigilancia de Fundaciones (se designó un representante el 7 de diciembre de 1993 vía la R.M. N° 647-93-SA/DM y luego el 7 de diciembre de 1996 vía la R.M. N° 684-96-SA/DM).
- Consejo Nacional del Anciano (se designó un representante en marzo de 1995 vía la R.M. N° 065-95-SA/DM).
- Comité Nacional del Codex Alimentarius (se designó un representante el 13 de agosto de 1995 vía la R.M. N° 486-95-SA/DM y otro el 4 de marzo de 1999 vía la R.M. N° 095-99-SA/DM).
- Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y el Adolescente (se designó un representante del MINSA ante el Directorio el 29 de setiembre de 1995 vía la R.M. N° 631-95-SA/DM).
- Consejo Nacional para la Integración del Impedido (se designó un representante del MINSA el 15 de junio de 1994 vía R.M. N° 188-94-SA/DM).
- ENACO (el MINSA designó un representante el 15 octubre de 1993 vía la R.M. N° 540-93-SA/DM).
- Comisión Nacional de Lucha contra el Tabaco.
- Consejo de Derechos del Niño, Niña y Adolescentes, bajo la Secretaría Técnica de UNICEF.
- Comisión Nacional de Asuntos Indígenas.
- Comité de Coordinación Interinstitucional en apoyo de CONTRADROGAS (constituido el 23 de diciembre de 1998 por R.S. N° 134-98-SA).

La participación del MINSA en estas instancias ha venido siendo muy inorgánica e irregular. La mayoría de las veces no se tiene una política definida a seguir en dichas comisiones, de tal forma que los funcionarios asisten a las reuniones, toman acuerdos y remiten sus informes a la Alta Dirección sin que cambien mucho las cosas. Toda esta área de trabajo debería ser redefinida en los próximos años dentro de una política intersectorial explícita desde salud.

4.2. Las experiencias regionales y locales de coordinación interinstitucional

El personal del Ministerio de Salud ha venido impulsando o participando en múltiples iniciativas provinciales o locales de coordinación intersectorial, de coordinación interinstitucional y en experiencias de participación social. Algunas de éstas han sido las siguientes:

- Comités Distritales de Desarrollo
- Comités de Gestión (caso del distrito de Independencia en Lima 1990-1999)
- Mesas de Trabajo
- Mesas de Concertación Interinstitucional (por ejemplo, la Mesa de Concertación de Cajamarca en 1994)
- Redes Técnicas

No se puede decir, sin embargo, que exista una política orgánica ministerial de vinculación de la problemática de la salud con la del desarrollo local o regional. No ha sido ése el énfasis de la década. *En el trabajo extra-mural del personal de salud ha habido más fuerza en la participación social "sectorizada" que en la ampliación de la agenda de salud hacia sus vínculos con el desarrollo y por tanto en la asunción de iniciativas intersectoriales e interinstitucionales.* Si éstas existen es como prolongación del ideario de la atención primaria en el personal del primer nivel de atención. Conforme se asciende de niveles se debilita la idea de la integralidad de lo social. Decía un estudio auspiciado por el MINSA que "Las acciones y programas multisectoriales del Ministerio de Salud son percibidos como escasos, siendo una característica que comparte con otros sectores..." (MINSA\OFICE 1999b: 63).

4.3. La Comisión Interministerial de Asuntos Sociales

La experiencia de intersectorialidad más importante de la década de los 90 a nivel del Estado ha sido la de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS).

Las bases legales para lo actuado en este campo han sido la Constitución Política del Perú de 1993, que encarga a la Presidencia del Poder Ejecutivo la función de coordinación interministerial, y la Ley del Poder Ejecutivo, que contempla la formación de la CIAS y la Comisión Interministerial de Asuntos Económicos y Financieros (CIAEF). Por ley, el Secretario General de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) es el encargado de la Secretaría Técnica de ambas Comisiones.

En noviembre de 1993, el Consejo de Ministros aprobó los *Lineamientos Básicos de la Política Social del gobierno* (PCM 1993), *documento rector de la actuación intersectorial*. La propuesta buscaba evitar la implementación desarticulada de programas y proyectos sociales, que se expresaba en la duplicación de beneficiarios, en la heterogeneidad en los sistemas de seguimiento, en la debilidad en la programación, ejecución y evaluación y el bajo impacto del gasto social. El objetivo fue promover la igualdad de oportunidades para toda la población. Su forma operacional fue el Programa de Focalización del Gasto Social Básico, que en el sector salud conocemos como Programa Salud Básica para Todos. Las ideas fuerza sobre las cuales se organizó la coordinación intersectorial fueron la

focalización del subsidio público y la priorización del Gasto Social Básico en algunos programas de intervención (Abugattas 1993).

Las dos comisiones CIAS y CIAEF se han venido reuniendo juntas la mayor parte del tiempo. Fruto de estas actividades han surgido múltiples iniciativas multisectoriales, se han diseñado y perfeccionado proyectos y programas sociales del Estado y programado y reglamentado mejor el gasto social básico (PCM 1997a, 1997b, CIAS/PCM 1997).

A pesar de las reuniones e iniciativas llevadas a cabo, los resultados finales no han sido los esperados. El gasto social se ha incrementado en un 40% desde 1992 hasta 1998, pero sigue existiendo una gestión poco eficiente del mismo. Como vimos en la primera parte, se encuentra aún pendiente la definición e implementación de una política intersectorial desde el sector salud. Cabe resaltar, además, la importancia de la experiencia del CIAS para salud, pues *las políticas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud no son sectoriales. Al sector salud le interesa que el conjunto del Estado actúe integradamente*, y que se abandonen las intervenciones asistencialistas sobre la pobreza y la calidad de vida. El MINSa debió ser, por tanto, un aliado estratégico natural de la PCM durante el período 1994-1997 en el que se luchó denodadamente por vencer la lógica de compartimientos estancos en el Estado y por instalar un enfoque de desarrollo. Sin embargo, no fue así. El MINSa ha estado participando en el CIAS y en las reuniones técnicas de la misma manera y con el mismo protagonismo que el resto de Ministerios.

Algunas de las limitaciones para una acción intersectorial o interministerial coherente desde el MINSa han sido las siguientes:

- Inexistencia de una *agenda de prioridades intersectoriales*, que oriente los grandes temas de interés del MINSa en su relación con los otros sectores y Ministerios. La participación del MINSa no tiene así una pauta a seguir, que deba señalarle los 5 ó 6 problemas de salud centrales que exigen un concurso extra-sectorial y por tanto concentren la actuación ministerial en el campo intersectorial.
- *Actuación fragmentada* en las reuniones técnicas del CIAS, en las que los representantes del MINSa han acudido representando más a proyectos y programas específicos que al sector en su conjunto, dándose incluso el caso de discrepancias entre sus representantes. Esto demuestra que no sólo hay descoordinación entre los Ministerios sino al interior del propio MINSa.
- Debilidad en el *monitoreo de la acción intersectorial*, que dificulta apreciar los resultados de las acciones. Los participantes en las reuniones técnicas, provenientes de todas las direcciones o proyectos del Ministerio, dan cuenta por

escrito de las reuniones y terminan ahí su tarea, faltándole a estas acciones intersectoriales el carácter de políticas e intervenciones sistemáticas.

- *Conversión de la acción intersectorial en un programa vertical* más, como es el Programa Salud Básica para Todos (PSBPT). Es cierto que el desarrollo del PSBPT, como vimos, ha permitido una expansión del servicio periférico y una mayor accesibilidad, pero paradójicamente el fundamento de la intersectorialidad criticaba la actuación descoordinada y, sin embargo, dio fruto a un programa que actúa en paralelo en cada uno de los tres Ministerios comprendidos (Salud, Educación y Justicia).
- *Estrechamiento de la intersectorialidad a una "política social básica"* y postergación paulatina de la filosofía intersectorial original en que programas de este tipo no eran el propósito central de la intersectorialidad. Se convocó a la actuación conjunta de los Ministerios no para un paquete de servicios básicos sino para maximizar integralmente la acción del Estado yendo más allá de medidas de compensación o de alivio. Se aceptó el Programa de Focalización del Gasto Social en 1993-94 porque "en tanto no se logre cerrar el déficit de empleo adecuado, se requiere asegurar una asistencia social mínima que genere condiciones para el desarrollo". *Pero se afirmaba certeramente que "el desarrollo no se alcanza únicamente con crecimiento económico ni tampoco con medidas de alivio a la pobreza. Este se logra cuando hay equilibrio entre el crecimiento de la población, sus necesidades básicas y los recursos disponibles. (...) Generar suficiente número de empleo adecuados es la única salida para satisfacer las necesidades básicas de muchas personas y familias en un país."* (Abugattas 1993: 161).
- *Escasa posibilidad de manejo y resolución de los conflictos entre los Ministerios por parte del CIAS.* Los desencuentros entre los distintos Ministerios bloquearon la acción interministerial. Propiciaron los conflictos el hecho de que existiesen Ministerios con organismos o programas que son parte de otro sector. Es el caso del Ministerio de la Presidencia (PRES), que tiene a su cargo los CTARs, con ingerencia en todas las áreas sociales, o el de PROMUDEH, que tiene proyectos de salud y educación, lo que generó roces sobre quién debería ser la entidad rectora.

5. Orientaciones y propuestas

Las orientaciones y propuestas para mejorar la capacidad de gobierno, fortalecer la acción intersectorial y redefinir la relación del Estado con la sociedad que a renglón seguido proponemos, forman parte de un planteamiento integral de reforma del Estado y reforma sectorial en salud, que no es objeto del presente artículo.

5.1. Orientaciones para la articulación entre la reforma gerencial y la reforma democrática

Luego de diez años de magros resultados en el intento por construir mayor gobernancia sin gobernabilidad democrática es necesario remarcar que el error ha estado en creer que sólo se necesita *un Estado eficiente/eficaz y no, también, un Estado representativo* (Sagasti 1999), porque en gran medida los problemas del MINSA para cumplir su función técnica y social han tenido que ver con una inadecuada relación entre el Estado y la sociedad.

Por lo tanto, el futuro de la función gobierno en la próxima década dependerá en mucho de la habilidad para articular la reforma gerencial y la reforma democrática (Bresser 1999).

Ambas reformas tienen poderosos motivos para ser aliadas. En países de baja institucionalidad, como el nuestro, el gerencialismo tiene muchas dificultades para vencer al burocratismo y al neopatrimonialismo como modelos de gestión. Estas dificultades son mucho mayores cuando el estilo de gobierno es cerrado y no participativo. El gerencialismo sin reforma democrática resulta siempre vencido por el patrimonialismo. Como señala Joan Prats (1998), sin transparencia y sin participación social será imposible evitar la propensión permanente a la clientelización del empleo público, el reemplazo del servicio civil meritocrático por los círculos de confianza y la distribución inadecuada de los beneficios sociales hacia los que tienen voz en el proceso político.

De otro lado, la reforma democrática no tiene forma de vencer a la alianza entre autoritarismo y patrimonialismo si no argumenta a su favor que la democracia es aliada de lo gerencial y lo moderno. El autoritarismo considera que toda consulta o debate público hace poco fluida la gobernancia. La reforma democrática tiene que plantear por tanto que *la participación democrática es una poderosa vía costo-efectiva para maximizar los impactos de la inversión social* y ofrecerle al gerencialismo algo que sólo la democracia puede otorgar, *la sustentabilidad de las políticas e iniciativas sociales, que surge de la concertación y el acuerdo*.

La experiencia muestra que un régimen autoritario no es sinónimo de mayor gobernancia. Cuando la toma de decisiones depende de un gran decisor, todo asesor o aquél que tenga "llegada" a este decisor se convierte automáticamente en administrador de influencias. Ello se agrava en el caso de regímenes autoritarios sin partido oficialista pues las decisiones se procesan en forma de lucha interna dentro del mismo Estado. Los Ministerios resultan autobloqueados en sí mismos sin necesidad de una poderosa oposición o de una gran conflictividad sindical. Si se añade a esto la no-existencia de un sistema de partidos, las diferencias de opiniones no lograrán formularse claramente como programas sino

como diferencias personales o de conveniencia, expandiéndose el pragmatismo, el clientelaje y el prebendalismo. *En medio de este clima pre-moderno no puede despegar una reforma gerencial.* El autoritarismo puede ser tecnocrático y alentar islas de excelencia, pero promueve también el patrimonialismo y el burocratismo como modelo de gestión.

Nuestro modelo de gestión sectorial resultante es, por lo tanto, una mixtura de neopatrimonialismo, burocratismo y gerencialismo. Se observan a la vez la administración en base a confianzas, la cultura burocrática centrada en los procedimientos y las ideas-fuerza de la eficiencia y la administración en base a resultados. Se requiere, en consecuencia, una reforma de la administración pública en salud, que modernice coherentemente la gestión en salud, y a su vez una reforma político-institucional que redefina la relación del Ministerio de Salud con su comunidad sectorial y que aliente la modernización de la gestión.

Obviamente, *toda reforma institucional en salud necesita en paralelo un modelo sectorial de organización y financiamiento de la atención* con el cual pueda interactuar sinérgicamente. Este esquema integral de reforma no se ha producido en la década pasada.

El neopopulismo en el campo social no ha sido contradictorio en el Perú con el neoliberalismo en el campo económico. Por eso se ha terminado alentando políticas sociales neoestatistas asistencialistas, en la búsqueda constante de éxito y legitimidad, algo propio de *los nuevos regímenes personalizados que O'Donnell (1995) llamó "democracias delegativas"*. El papel asignado al sector salud y a las políticas sociales en la década no ha sido, en consecuencia, promover la responsabilidad de la sociedad, sino el de hacer visible el protagonismo del Estado. Ha habido un neostatismo autoritario y asistencialista en el campo social. Esta voluntad política ha moldeado un esquema sectorial caracterizado por el privilegio de la organización vertical del Estado sobre la base de proyectos y programas sociales y la débil articulación de los mismos con los órganos de línea, el debilitamiento consiguiente del enfoque de desarrollo integral y de la base territorial del planeamiento, la débil asunción de la intersectorialidad, el distanciamiento del Estado con la sociedad civil del sector y la hiper-politización de la función directiva.

Se necesita por tanto no sólo una reforma institucional sino un nuevo esquema sectorial. Los problemas que hemos señalado sobre el desempeño del sistema de salud obedecen a la ausencia de una reforma estructural sectorial, que no es propósito de este artículo, pero que no cabe dejar de señalar. Es necesario que esta reforma integral deba ser aplicada gradualmente, dado que se trata de un cambio de mediano plazo. Este nuevo esquema, planteado también en otros artículos, debería caracterizarse por lo siguiente:

- Un sistema de salud basado en los principios de equidad, solidaridad, eficiencia, calidad, eficacia y sustentabilidad.
- Un sistema único de seguridad social en salud, que garantice un plan básico de atención a toda la población, con financiamiento público y privado.
- Un Ministerio de Salud que concentre las funciones de gobierno y administración financiera.
- Un sistema descentralizado de autoridades regionales de salud por departamentos, con mayores funciones y recursos que las actuales, e integrado en la dinámica intersectorial de gobiernos regionales.
- Un tejido de acuerdos de gestión desde el vértice a la base, entre la Alta Dirección, los hospitales nacionales e institutos especializados y las DISAS, y entre éstas y los equipos de gestión de las redes de servicios.
- Un sistema de concertación para la formulación de las políticas de Estado en salud en el vértice ministerial, a través del Consejo Nacional de Salud.
- Un componente de control social a todo nivel, con los Consejos Regionales de Salud y los CLAS-Red y CLAS-establecimientos en la base del sistema de salud.
- Un cambio en los mecanismos de pago institucionales e individuales, que sepa promover la iniciativa y premiar el esfuerzo.
- Una organización de la prestación en forma plural y competitiva, que otorgue niveles de discrecionalidad en el régimen público autonomizado pero dentro del marco de planes directores regionales.
- Una política de recursos humanos que promueva el desarrollo de capacidades, reinstale un renovado servicio civil o carrera pública y se base en un régimen laboral y salarial que incentive la productividad remunerando adecuadamente al personal.

La experiencia de los últimos diez años muestra que las capacidades programáticas y de formulación de políticas están dispersas en el sector y que sería por tanto no sólo deseable sino conveniente que la formulación de la gran política sectorial y su modelo sectorial se realicen con el concurso de todos o casi todos, esto es, *que se abra un período de consultas técnicas y políticas y de debate democrático de propuestas*. La “formación” de la política de salud para los próximos años debería abarcar los próximos 8 meses. Esta nueva “metodología compartida” de formulación política abre de hecho *otro ciclo de reforma*.

5.2. Proyecto de rediseño y fortalecimiento organizacional de la Alta Dirección

La estructura de gobernación no favorece el desarrollo de la función gobierno. La moderna ciencia política enseña que los órganos de gobierno deben ser concebidos como nodos centrales de una red de procesos que tengan *una configuración de “instituciones pensantes” y “sistemas de búsqueda de objetivos”*. El régimen ministerial no está pensado para favorecer este tipo de liderazgo ejecutivo.

Por ello, es necesario un *rediseño y fortalecimiento técnico-político del vértice ministerial*. Este rediseño es parte de la reforma institucional. Proponemos en este terreno específico un modelo de Alta Dirección basado en cinco propuestas:

a) *Profesionalizar y reglamentar la consejería profesional en la Alta Dirección*

Uno de los principales problemas para una adecuada gobernancia en salud tiene que ver con el problema del vínculo difícil entre conocimiento y poder. Se necesita un marco apropiado para actuar que haga que los modos de decisión limiten la propensión al error. Como hemos visto, una de las dificultades centrales para una buena gobernancia sectorial en nuestro país es la maduración lenta y compleja de los *equipos de gobierno y la difícil articulación entre la asesoría técnica y la decisión política*. Tradicionalmente en el Perú, el Ministro de Salud no tiene necesariamente que contar con una formación en salud pública o administración, o experiencia en conducción de macro-instituciones. A esto se añade el hecho de que el entorno de la Alta Dirección es elegido conforme a criterios de confianza política.

Otros países han ensayado institucionalizar la asesoría profesional, a través de instituciones como el Central Policy Review Staff de Gran Bretaña o el Consejo Científico Holandés. En el caso del país nos parece necesario *reponer y reglamentar adecuadamente las funciones y organismos de asesoría y consulta*. El Decreto Legislativo N° 584 estipulaba la formación de la Comisión Consultiva y el funcionamiento de las Oficinas Generales de Planificación, Asesoría Jurídica, Cooperación Externa y Epidemiología como órganos de asesoría. En la práctica, las funciones consultiva y de asesoría han funcionado de otra manera, existiendo funcionalmente, alrededor del núcleo decisor, asesores de la Alta Dirección. Nos parece necesario que *se norme la obligatoriedad del funcionamiento del Comité Consultivo y de un Gabinete de Asesoría* y que se reglamente su composición y funcionamiento, promoviendo la existencia de excelencia profesional y vida institucional en la Alta Dirección. *En el caso del Gabinete de Asesoría consideramos necesario que se exijan ciertas calificaciones profesionales (post-grado) para integrarlo y que se contemple que por lo menos en un 50% sea compuesto por funcionarios de carrera. De otro lado, deben ser normados los términos de referencia mínimos para ocupar cargos de confianza*. Una asesoría y consulta profesional del más alto nivel colaborará a contrarrestar la propensión al error.

b) *Definir la agenda política prioritaria del sector y dominar el tiempo de la Alta Dirección*

Un problema central para la buena gobernancia del sector, es el dominio del tiempo de la Alta Dirección. Quienes toman las decisiones críticas sobre la salud

del país no tienen *tiempo para decisiones meditadas y para la reflexión estratégica sectorial*. Son consumidos por el día a día.

Planteamos que se institucionalice la definición de la agenda de problemas prioritarios del sector, que ordene la formulación e implementación de políticas de Estado permanentes, efectivas, no variables por simples reacomodos en las correlaciones de fuerzas, rompiendo con la primacía de lo coyuntural en la agenda ministerial. En otros países se han legislado *eventos especiales anuales o talleres ministeriales periódicos*, que ordenan el tiempo ministerial y formulan la gran política sectorial. En nuestro caso, consideramos que debe existir un *evento público: la Conferencia Anual del Consejo Nacional de Salud Ampliado*, que asegure la permanencia de la agenda sectorial.

c) Establecer el compromiso de gestión de la Alta Dirección y sus mecanismos de rendición de cuentas

Proponemos que los Ministros en un plazo de 40 días luego de su nombramiento presenten su compromiso de gestión ante el país en un mensaje al sector, ante el Consejo Nacional de Salud Ampliado.

Igualmente, la Alta Dirección presentará en esta instancia, anualmente o al salir del cargo, su *memoria de gestión*, a manera de rendición de cuentas al país y al sector. De esta forma se institucionaliza un procedimiento de evaluación, que promueve la responsabilidad y el profesionalismo en la gestión y desarrolla también el reconocimiento al mérito. Hasta hoy, los ministros y altos funcionarios entran y salen del cargo a veces sin saber por qué se les designó o cesó. A pesar del esfuerzo realizado en ocasiones resultan evaluados sólo políticamente y en muchos casos en función de lealtades y correlaciones. *En el futuro, debemos tener una diferenciación de los dos escenarios en los que se mueve la Alta Dirección, el Ejecutivo y el escenario sectorial*. En los últimos años, la evaluación se ha concentrado en el primer escenario. Será necesario ahora institucionalizar mecanismos sectoriales que posibiliten saber cómo deja cada administración el sector a su reemplazante, y para el Ministro entrante, cuál es el énfasis y compromiso de la nueva administración.

d) Construir modernos sistemas de soporte para la toma de decisiones que posibiliten decisiones informadas

El esquema de gobierno real no ha coincidido con la estructura de cargos y funciones de tal forma que las responsabilidades reales terminan siendo estrictamente políticas. Hay que evitar esta distorsión generando vida institucional propia y aplicando, conforme a las enseñanzas de otros procesos de reforma, *sistemas*

de control diversos: el control de resultados a través de indicadores de desempeño, el control contable de tipo presupuestal; el control social desde la vigilancia ciudadana, y el control de la competencia administrada (Bresser 1999: 117).

Pero es necesario *una Alta Dirección diferente a la del D.L. N° 584*, que fue estructurada desde el modelo burocrático y para Ministerios de conducción unipersonal. Por eso se construyeron oficinas de asesoría y apoyo alrededor del decisor. Proponemos instalar un *ejecutivo sectorial*, que mantenga en forma colegiada la conducción sectorial bajo el timón del Ministro. El Reglamento de este ejecutivo permitirá *normar los procedimientos institucionales para una toma de decisión por la Alta Dirección en asuntos prioritarios*.

Ello afecta también la concepción de órganos de asesoría y apoyo, pues en el modelo burocrático el planificador actúa siempre ex-ante y por fuera del proceso de toma de decisiones. De otro lado, el estadístico actúa ex-post. De ahí que “se salven responsabilidades” con documentos. Pero en la conducción de macrosistemas (y grandes empresas) el momento del planeamiento es parte del proceso de gestión y por eso no existen aparte, compartimentadas, la función de planificación, información o la de “comunicaciones”, que para el modelo burocrático es publicidad. Se requiere que el momento *del planeamiento sea parte del proceso de gestión*. La Alta Dirección necesita, por tanto, profesionalismo e integración de las funciones de planificación, estadística y comunicación social, entre otras funciones. Esto supondrá obviamente la eliminación del paralelismo de subsistemas de información entre programas, proyectos, direcciones, DISAS, MINSA y EsSalud, la concentración en el ejecutivo sectorial de profesionales de alta experticia y el refuerzo tecnológico necesario para los procesos de decisión.

e) Nueva relación y acuerdo de gestión entre el MINSA y el MEF para la administración sectorial del Fondo Nacional Público de Salud

Los fondos financieros actuando en paralelo sobre las DISAS y establecimientos desarticulan la función gobierno y afectan la capacidad regulatoria del MINSA. En este sentido, el desarrollo profuso de acuerdos de gestión por parte del FONAFE con diferentes entidades estatales abre la posibilidad –inédita pero importante– de un primer acuerdo de gestión MINSA–MEF en relación a la administración sectorial del Fondo Nacional Público de Salud, contra determinadas metas anuales. En una propuesta de Estado descentralizado, los gobiernos regionales/departamentales deberán operar los fondos financieros regionales en salud, sobre la base de las prioridades concertadas entre el nivel nacional y regional.

5.3. Programa de concertación sectorial e interinstitucional en salud

Cuando se inició la década de los 90, el sector salud y el Perú eran ingobernables, pero en los años siguientes, los movimientos sociales se debilitaron y más bien hubo fragmentación social, reducción de la sociedad civil sectorial y en cierta medida redimensionamiento de la participación social local. En este nuevo contexto, se interpretó que la gobernabilidad democrática sectorial era innecesaria y se redujeron las dimensiones de la función gobierno. La rectoría ministerial perdió una de sus funciones centrales: la conducción política y el sector debilitó así su fuerza y eficacia social.

Proponemos *evitar este movimiento pendular entre ingobernabilidad y verticalismo* y encontrar un punto de engarce entre gobernanza y gobernabilidad democrática, a través de las siguientes acciones:

a) Establecer un renovado Consejo Nacional de Salud, espacio de concertación de políticas

El D.L. N° 584 (Ley de Organización y Funciones del MINSA) y el D.S. N° 002-92-SA (Reglamento de Organización y Funciones del MINSA) expresaron correctamente la tradición latinoamericana de concertación de las políticas de salud entre los ministerios de salud y las sociedades civiles sectoriales. Pero esta tradición se dejó de lado en los 90.

En realidad, como se evaluó en 1995 (Arroyo 1995), la forma de gobierno sectorial va más allá de la relación entre la Alta Dirección y su administración y se refiere más bien a la relación entre el gobierno ministerial y los actores del sector. Sin embargo, la estructura clásica de los Ministerios es una estructura operativa que no toma en cuenta a los sectores sociales como campos políticos de compromisos y pujas distributivas. En este sentido, el esquema de división de poderes establecido por John Locke ha sido en cierta medida mal interpretado. Se ha pensado que corresponde sólo al Parlamento canalizar los consensos en el país. En este esquema, el Parlamento debería generar los consensos en el sector salud, lo que no ocurre. Por eso no existen estructuras ministeriales de organización y canalización de voluntades e impulsos ni de generación de ideas-fuerza.

Proponemos *reinstalar el Consejo Nacional de Salud y reformarlo* con cinco modificaciones. Primero, es necesario *incorporar en su composición a representantes de nuevos sectores de la sociedad civil* que han venido mostrando capacidad de propuesta y preocupación por el sector. En la actualidad, y de acuerdo con el artículo 11° del D.L. N° 584, no se contempla la participación de ONGs ni de nuevas organizaciones de base con acciones en salud. La Asociación Nacional de

Rectores (ANR) y la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM) aparecen como los únicos canales de expresión de la opinión universitaria. Las Beneficencias ya no constituyen actores a concertar por ser dependientes del Estado. Existen dos representantes de la sanidad militar y no está representado el trabajo en salud de la Iglesia, entre otros problemas. Segundo, es necesario *crear dos instancias en el Consejo Nacional de Salud: el Consejo Nacional Ampliado, de periodicidad trimestral, y el Consejo Nacional de Salud, de 20 miembros y periodicidad mayor*. Es difícil que sólo 15 miembros, tal como estipulan los dispositivos sobre esta instancia de concertación de políticas, canalicen la voluntad sectorial. Tercero, es necesario *precisar la fuente de representación de los miembros del Consejo y su forma de designación* o selección. Cuarto, es claro que el Ministro de Salud debe presidir el Consejo, y que, conforme se acostumbra, podrá delegar su representación en algún alto funcionario, pero *es necesario que el Ministerio de Salud se involucre más en los procesos de formación de políticas* y por tanto se explicita y amplíe la forma de presencia de los representantes del Ministerio de Salud en el Consejo. Dado que el problema no es numérico en el Consejo pues el mecanismo de votación no es el decisivo, es necesario afrontar la “re-socialización” entre los representantes del Estado y la sociedad. En quinto lugar, la concertación de políticas no debe ser sólo nacional sino también regional-departamental por lo que deben *crearse los Consejos Regionales de Salud*. En el tercer nivel descentralizado, el provincial o de redes, la presencia de los CLAS-Red y los CLAS por establecimientos, siempre reformulados, podrían representar a ese nivel los componentes de concertación, participación y control social.

b) Crear el Ejecutivo del Sector Salud o Comisión de Reforma

La idea tradicional de Ministerios que pueden ser gobernados en forma unipersonal, sólo con el apoyo de sus directores y asesores, debe ser desterrada porque ya fue superada ampliamente por la realidad. Este esquema de gerencia institucional aplicado a la gerencia sistémica y gobierno sectorial, es impracticable para un gran Ministerio como el de Salud. *Se necesita un Órgano Ejecutivo Sectorial*, que mantenga en forma colegiada la conducción sectorial bajo el timón del Ministro y su Vice-Ministro. La no-existencia de este Órgano ha venido afectando la capacidad de gobierno pues no hay un espacio institucionalizado de toma de decisiones y no existe una precisión de funciones que van más allá de las que cada Director tiene, por lo que muchos terminan asumiendo una función protocolar. En este Órgano Ejecutivo se delimitarán bien las funciones, de tal forma de *terminar con la interferencia de funciones y los encargos superpuestos y de corto plazo como esquema de gobierno real*.

El otro problema asociado al del Ejecutivo del Sector Salud, es si aparte debe existir o no una Comisión de Reforma. *La experiencia latinoamericana muestra una diversidad de soluciones organizativas al problema de la conducción de las refor-*

mas sectoriales. La mayoría de países dirigen sus procesos de reforma a partir de algún gran proyecto con financiamiento externo. En tal caso, *el director del proyecto conduce las múltiples operaciones implicadas en los procesos de reforma, en forma transversal* a la estructura formal, bajo la supervisión directa de la Alta Dirección. Esta solución, sin embargo, ha generado conflictos y entrapamientos. La solución de otros países, como República Dominicana, fue *formar una Comisión de Reforma* de la Administración Pública con rango ministerial, dependiente directamente del Primer Ministro. En Brasil se formó, en los inicios del primer gobierno del Presidente Fernando Henrique Cardoso, el *Ministerio de Administración Federal y de Reforma del Estado*. En el Perú ha habido algo de los dos esquemas. Entre 1994 y 1997, el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud concentró fuertemente la responsabilidad en la formulación y gestión de iniciativas de reforma. De otro lado, hacia 1996, con el Premier Pandolfi, la Presidencia del Consejo de Ministros intentó llevar adelante un esquema de reforma del Estado con comisiones interventoras dependientes de la PCM en los Ministerios. Todas estas experiencias nos llevan a pensar en la conveniencia de que *sea el Ejecutivo Sectorial el que conduzca el proceso de reforma sectorial*, apoyándose en los proyectos y programas, pero desde la estructura de órganos de línea. Esto supone, por tanto, recentralizar las funciones hoy disgregadas en diferentes comisiones y proyectos y contar con los recursos profesionales, los fondos presupuestales y la capacidad de contratación necesarias para cumplir sus objetivos.

5.4. Programa de desarrollo de la capacidad operativa: acuerdos de gestión

Han existido tres experiencias de acuerdos de gestión en la última década. El primero fue el del Seguro Social entre 1993 y 1998, que implantó el Sistema de Pago por Valor Bruto de la Producción (SVBP); el segundo fue el del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) en 1998 con cinco hospitales de Lima y cinco redes de servicios en provincias, y el tercero fue el del Convenio entre FONAFE y EsSalud firmado en junio de 1999 e implementado hasta diciembre de ese año. En realidad, la única experiencia sostenida de aplicación de este modelo proveniente de la “nueva gestión pública” (Ormond y Löffler 1999) ha sido el del SVBP; sin embargo, se pueden extraer algunas lecciones de estas tres experiencias.

➤ *No es factible la aplicación de contratos de desempeño exclusivamente a nivel subsectorial o parcialmente sólo en algunas instituciones del Estado.* La experiencia del SVBP funcionó por el nivel de autonomía del Seguro Social durante la gestión de Luis Castañeda Lossio y por tratarse de un sistema integrado verticalmente; pero, en los otros dos casos trajo innumerables contradicciones. Los directorios de gestión de algunos de los hospitales del PAAG terminaron sometidos a acciones de inspección ministerial sólo por

rediseñar los organigramas tradicionales. El Convenio FONAFE-EsSalud fue rescindido unilateralmente por el Seguro Social en enero del 2000. *La aplicación de acuerdos de gestión en el sector público exige –además– resolver la cuestión del papel de las instancias regionales-departamentales y de los municipios, lo que pone sobre el tapete el tema de la reforma del Estado.*

- *El diseño técnico de los acuerdos de gestión, en particular el del establecimiento de nuevos mecanismos de pago, debe ser desplegado progresivamente.* La experiencia del PAAG con los hospitales enseña por defecto pues dichos convenios de gestión no tuvieron indicadores ni metas, en el entendido de que eran necesarios complejos estudios de costos y un sistema de información gerencial para establecerlos. Se hizo un concurso internacional que ganó la empresa SODETEC, pero sus trabajos al final quedaron trancos pues requerían de cuantiosas inversiones adicionales. La experiencia del IPSS fue más realista y empezó el SVBP con 11 indicadores, aumentándolos y refinándolos hasta alcanzar en el año 1999, 190 indicadores. En realidad, es el único caso en el Perú de cambio en los mecanismos de pago institucionales, pese a que el MINSA ha venido planteando el tema desde hace años. Sólo es posible iniciar el nuevo sistema con el señalamiento de metas y la introducción de un programa de incentivos y penalidades, para ir a una mayor precisión de las unidades de medida del catálogo de servicios y del tarifario detallado, lo que implica una distribución consciente de riesgos entre el financista y el proveedor, implícita en el contrato de gestión.
- *Los acuerdos de gestión deben ser importantes en el nuevo esquema organizativo del sector público, pero no son los únicos elementos de reforma a tomar en cuenta.* Es probable que la utilización de los contratos de desempeño deba ser convergente con la utilización de elementos de otros modelos de reforma del Estado. Los acuerdos de gestión permiten asignar recursos en forma adecuada, mejorar la calidad de la gestión, desarrollar las capacidades institucionales y aumentar el volumen de productos y servicios para los usuarios. Pero la experiencia nacional e internacional enseña que *la línea de fuerza de los acuerdos de gestión es el aumento de la productividad, no necesariamente de la calidad.* Hay el riesgo de sacrificar la calidad por la productividad, como pasó con el IPSS en algún momento de aplicación del SVBP. De otro lado, *los acuerdos de gestión no se relacionan necesariamente a una mayor equidad.* La dimensión de la equidad está ausente en el modelo contractualista. Se requiere, por lo tanto, un Plan Maestro, un Plan Director Regional u otro, que le otorgue sentido progresivo a la aplicación de los acuerdos de gestión.
- *Si algo enseñan las experiencias del PAAG y del FONAFE-EsSalud es que cualquier reforma en el Estado debe desarrollarse explícitamente y con respaldo político.* Una reforma de formalización de nuevas relaciones entre principa-

les y agentes no puede obedecer a la voluntad de algunos funcionarios del FONAFE o a una decisión sin convicción de niveles de conducción ministerial. El entorno institucional es determinante del éxito o fracaso, en particular las variables relativas a la existencia de una clara decisión política de lanzamiento de una propuesta de mediano plazo, la continuidad de los equipos de gestión y el respaldo a los directivos del proyecto. El caso del PAAG de 1998 fue un fracaso por la ausencia de respaldo político a la implementación del programa, lo que se expresó en la dilución de los compromisos del nivel central. El caso del SVBP fue, por el contrario, una muestra de continuidad y apoyo político al programa por el Directorio del Seguro.

- *La experiencia trunca de los acuerdos de gestión hospitalarios de 1998 enseña que no se deben establecer convenios sueltos con unidades prestadoras.* Los acuerdos inducen gerenciabilidad y eficiencia y por tanto modifican el peso de la unidad comprometida en su unidad territorial. En las circunstancias concretas actuales del sistema hospitalario peruano, los hospitales son a la vez centros de referencia de la periferia y, sin embargo, también son unidades prestadoras de servicios del primer nivel. Compiten con centros y postas incluso siendo hospitales nacionales. Si los acuerdos de gestión se establecen sólo con grandes hospitales ello rediseña implícitamente todo el modelo de atención, reconfigura los patrones de utilización de servicios y produce de hecho ineficiencias sistémicas. Los acuerdos de gestión necesitan aplicarse a sistemas regionales o locales en su totalidad, con acuerdos específicos para las DISAS, gerencias de redes y hospitales. De haber tenido éxito los convenios hospitalarios del PAAG en 1998, habrían favorecido implícitamente un modelo de atención mega-hospitalario, con repercusiones sobre la estructura de la demanda y la generación de un sobre-costos al sistema global.
- Si los acuerdos de gestión con entidades prestadoras son entonces sólo una parte del armado global de la reforma, su gestión exitosa supone la existencia de cierto Plan Director Regional o Urbano/Local, que tenga un estimado de la demanda por niveles de complejidad y estratos socioeconómicos; que resuelva la relación entre los prestadores y los niveles de atención; que proponga cómo iniciar la función compradora de las Direcciones Regionales, y que tenga un esquema de modulación de los flujos del financiamiento regional o urbano/local en salud, de lo cual se deriven entonces las metas y exigencias a las entidades productoras de servicios.

5.5. Programa de Formación en Alta Dirección en Salud

No sólo hay que cambiar las estructuras de gobierno, sino desarrollar las capacidades directivas de los decisores y funcionarios del más alto nivel. El peso que tienen siempre los gobernantes y su entorno en decisiones que afectan a

millones de personas hace extremadamente importante la tarea de formación en Alta Dirección. Evidentemente, la formación no es una labor sólo cognitiva o de aprestamiento en nuevas habilidades, es también, y fundamentalmente, moral. La ética en la gestión pública expresa la sabiduría del gobernante. La transparencia en la gestión y las diversas formas de control social deben generar un nuevo marco para promover una ética de servicio público. Sin embargo, en lo que corresponde a las otras dimensiones de la formación de directivos, proponemos que se instale un Programa de Estudios Avanzados de Gobierno en Salud, aprendiendo de la experiencia mundialmente conocida de la Escuela Nacional de Administración (ENA) de Francia, de la Escuela John F. Kennedy de la Universidad de Harvard y del Programa de Formación en Gobierno en Salud de la Fundación Oswaldo Cruz.

- *Diagnóstico de necesidades educativas y programa de formación integral técnico-política en Alta Dirección.* Durante diez años no hemos tenido una política explícita de recursos humanos, en particular, de recursos humanos para la gestión directiva. Desaparecida la Escuela Superior de Administración Pública (ESAP), el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP), y minimizada la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP), no se han dado pautas directrices en este campo. El Estado prescindió de sus aparatos prestadores de servicios educativos a fin de que las universidades asumieran esa labor, pero la mayoría de éstas priorizó ofertar programas de mayor demanda en el mercado educativo. Le corresponde al Estado hacer el diagnóstico de las necesidades educativas en gobierno en salud y proponer los términos de referencia de un programa de formación.
- *La formación en el ejercicio del cargo: adecuación de programas y modalidades educativas.* Es probable que deba ser un consorcio educativo el que deba asumir el Programa de Formación Integral en Alta Dirección, con incorporación de universidades del extranjero. Es igualmente previsible que el programa deba tener una variedad de cursos, postgrados y especializaciones, conforme a las diversas necesidades. De otro lado, deberá buscarse *adecuar las modalidades educativas a la educación de ejecutivos*, por lo que tendrán que ser algunas descentralizadas y a distancia, otras presenciales o modulares e intensivas. Lo que es central es que se establezca que ningún directivo institucional, regional subnacional o nacional, ejerza sin formación en salud pública y/o administración en salud. Lo ideal sería que fuese un *pre-requisito para ejercer cargos de confianza*, lo que reduciría los márgenes de error y acortaría los tiempos de aprendizaje. Pero si no fuera ello posible, ningún directivo ya en funciones debería quedarse fuera de estos post-grados, verdaderos talleres de gobernanación y gobernabilidad. Buena parte de los directores de la década entendieron esta necesidad y pasaron por las aulas, quedando demostrado que la inversión educativa en este nivel es del más alto impacto en el sistema de salud.

5.6. Proyecto de reinstalación y renovación de la carrera pública o servicio civil en salud

Existe un cambio en las relaciones de trabajo que es irreversible en el mundo. Todos reconocemos que no es posible continuar con el simple pago por jornada y el nombramiento indefinido no sujeto a evaluaciones y revalidaciones. El modelo burocrático del servicio público fue, sin embargo, modificado sin mayor reflexión en los 90, terminando los nombramientos, incrementándose los contratos y ensayándose sin nunca efectivizarse realmente diferentes modalidades de bonificaciones por productividad. Este modelo de flexibilización laboral con precarización del empleo ha sido criticado por la Organización Internacional del Trabajo, pues no sólo afecta la capacidad adquisitiva del personal, sino también la eficacia de las instituciones, promoviendo el desapego organizacional y la incertidumbre.

Ante esto es necesario *reinstalar un nuevo servicio civil, que base la carrera pública no en el tiempo de servicio, como en el modelo burocrático, sino en otros indicadores de experticia*, que permitan establecer categorías profesionales y remunerativas que el personal desarrolle en las diferentes inserciones laborales a lo largo de su vida profesional. En el caso de las funciones directivas, el otorgamiento de la categoría de consultor a personal sin los pre-requisitos necesarios debe terminar, estableciéndose pre-requisitos para encargos calificados. De otro lado, la contratación temporal de profesionales para la función gobierno fue en los 90 una forma de sortear los límites remunerativos vigentes en el sector público. Ello, sin embargo, terminó afectando la acumulación de capacidades. Proponemos para el futuro: una política de recursos humanos que se base en concursos públicos; la revisión de la actual política de remuneraciones para buscar captar cuadros calificados; la reorganización de las carreras, y la promoción de la capacitación y desarrollo del funcionariado.

5.7. Proyecto de descentralización del sistema de salud y fortalecimiento de la intersectorialidad

La intersectorialidad ha sido débil porque la política gubernamental de los 90 ha estado caracterizada por el centralismo. La propuesta que hacemos de reforma institucional supone una reforma del Estado democrática y gerencial, en otras palabras, otra política general. *No es posible imaginar una reforma sanitaria estrictamente sectorial. El fortalecimiento de la intersectorialidad no es un asunto sólo organizativo: el sectorialismo expresa la desarticulación entre las políticas económicas y las políticas sociales.* Las variables centralismo/descentralismo, sectorialismo/intersectorialismo y crecimiento/desarrollo van de la mano. Por lo tanto, la intersectorialidad se debe fortalecer en primer lugar sobre la base de un replanteo global de las políticas públicas, que permita la reintroducción de los

nuevos enfoques de desarrollo que buscan evitar la actual desarticulación entre las políticas económicas y las políticas sociales.

La propuesta abarca los siguientes aspectos:

- *Reforma descentralista del Estado que abra puertas a la vinculación de la salud y el desarrollo.* En el caso del sector salud, una nueva política descentralista y multisectorial de fortalecimiento de las acciones intersectoriales de prevención y promoción, supone insertar los planes de salud de las DISAS y redes en los planes de desarrollo regional y local. Supone *la mayor delegación de autoridad en los niveles subnacionales y el énfasis en el planeamiento en salud de base territorial*, por regiones, cuencas, zonas, provincias o localidades. Implica reforzar el rol de las DISAS, pero dentro de los nuevos órganos de gobierno regionales a crearse. El planteamiento pionero efectuado en enero de 1991 sobre un Sistema Nacional Regionalizado Integrado en Salud contenía ya esta idea de *reinserción de la tarea de la salud en la tarea integradora del desarrollo y la calidad de vida.*
- *Planteamiento de una agenda intersectorial de interés central para el sector salud, que ordene su relación con otros Ministerios y sectores.* Como se vio anteriormente, el Ministerio de Salud participa en más de 20 instancias de coordinación intersectorial (Consejo Nacional de Seguridad Vial, Comité Multisectorial de Defensa Civil, Sociedad Peruana de la Cruz Roja, Comité de Coordinación Intersectorial del Programa Nacional de Apoyo a la Repoblación, Consejo de Supervigilancia de Fundaciones, Consejo Nacional del Anciano, Comité Nacional del Codex Alimentarius, Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y el Adolescente, Consejo Nacional para la Integración del Impedido, Comisión Nacional de Lucha contra el Tabaco, Consejo de Derechos del Niño, Niña y Adolescentes, Comisión Nacional de Asuntos Indígenas, entre muchas otras). *Es necesario que el MINSA señale la agenda intersectorial de interés central para el sector salud, esto es, aquellos cinco o seis temas que tendrán prioridad para el MINSA en su relación con los otros sectores y Ministerios por tratarse de problemas de salud que exigen un concurso intersectorial.* Dichos temas deberán surgir de la planificación estratégica sectorial, pero es probable desde ya prever que tres de sus prioridades serán nutrición, saneamiento básico y medio ambiente. Sobre esta agenda intersectorial, el MINSA concentrará su atención. Dependiendo de cuáles sean los temas de esta agenda, *se reforzarán las comisiones intersectoriales existentes o se crearán otras.*
- *Ordenamiento de la acción intersectorial del Ministerio de Salud y monitoreo del accionar intersectorial.* El Ministerio de Salud deberá ordenar su participación en las diversas instancias intersectoriales, de tal forma que su representación sea orgánica y en beneficio de los objetivos de cada una de estas instancias.

Para esto, deberá evitarse la actuación fragmentada y reunificar las relaciones intersectoriales e interinstitucionales, pudiendo representar al MINSA los delegados de proyectos y programas específicos, pero siempre dentro de una óptica de conjunto. Igualmente, deberá generarse la función de monitoreo de la acción intersectorial, de forma tal que el seguimiento del proceso permita apreciar los resultados de la misma. *Ambas funciones de coordinación de la participación intersectorial y de monitoreo de la misma ameritan la organización de una instancia orgánica.* Hasta 1990, hubo un Vice-Ministerio Interinstitucional. En la actualidad, es necesaria una dependencia de menor jerarquía, probablemente una *Dirección o Gerencia de Coordinación Intersectorial.*

- *Articulación de los proyectos y programas en los órganos de línea.* Se requiere mejorar la coordinación intrasectorial a través de la articulación territorial de los proyectos, programas y órganos de línea ministeriales en proyectos de desarrollo locales integrados. Todos los proyectos y programas deben dejar de tener estructuras paralelas a las de línea, manteniéndose funcionalmente a partir de y para los órganos de línea.

5.8. Programa de promoción de la vigilancia ciudadana y control social: CLAS, Vigilancia Ciudadana y Foro Permanente en Salud

Forma parte de la reforma en salud un doble movimiento de democratización del Estado y de fomento de la responsabilidad ciudadana en salud. Es importante que el Estado tienda puentes a la cogestión en salud. A su vez, es conveniente, también, la promoción del desarrollo independiente de la sociedad civil sectorial y el reconocimiento de su tarea fiscalizadora del Estado.

- *Ratificar, extender y mejorar los CLAS.* Sin olvidar los problemas señalados anteriormente acerca de los CLAS, proponemos una política general de ratificación del modelo de extensión de los CLAS a toda la periferia del país y de perfeccionamiento del modelo original. Algunos elementos de esta política general serían:
 - a. La futura política de salud deberá dar un respaldo enfático a los CLAS, terminando con la ambigüedad de todos estos años. Este modelo debe dejar de ser optativo para convertirse en el modelo de gestión participativa en el primer nivel de atención.
 - b. Debe afrontarse cómo evitar que los CLAS se conviertan sólo en una modalidad presupuestal flexible, fortaleciendo la participación social. Ello supone un cambio en el modelo contemplado en la Resolución Ministerial N° 451-94-SA, en cuanto a la selección de los siete integrantes del CLAS.

Debe estipularse la *obligatoriedad de que los tres representantes de la comunidad sean designados por la población*, de lo contrario los CLAS involucrarían a los líderes pero no a la comunidad. Deberá discutirse, igualmente, *la ampliación de los CLAS en dos instancias, una más amplia y otra ejecutiva*, además de precisarse y reglamentarse los criterios de inclusión de los representantes de la población.

- c. En general, el MINSA debe perder el temor a la participación organizada, superando su preferencia por la participación individual, colaborativa y no estructurada. Es necesario *modificar la participación de tipo colaborativo* de los integrantes de los CLAS con los servicios, ampliando su ingerencia en la planificación, gestión y evaluación de la atención de salud.
 - d. Es importante que se estimule la extensión de los CLAS por establecimientos y que a la vez se formalice la experiencia de los CLAS-Red. La existencia de ambos tipos de CLAS no es disyuntiva. Habría así distintos niveles de participación y control social, cada uno con sus características específicas: el Consejo Nacional de Salud, los Consejos Regionales-Departamentales de Salud, las instancias municipales de concertación, los CLAS-Red y los CLAS individuales
 - e. Se deberá modificar la orientación de los CLAS centrada en la oferta de servicios, que refleja la agenda técnica del gerente del establecimiento y que no recoge las múltiples formas de participación y voluntariado social existentes en la base. Esta bifurcación de la participación social entre una institucionalizada y fría, y otra activa pero en paralelo, debe ser superada. En consecuencia, se necesita ampliar así la agenda administrativa-financiera de los CLAS, fusionando las actividades de las Direcciones Ejecutivas de Participación Comunitaria (DEPAC) con las del Programa de Administración Compartida (PAC), lo que implica una modificación de la Directiva N° 001-94-SA y del organigrama nacional actual.
 - f. Debe buscarse la integración del Programa de Administración Compartida (PAC) y de la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria (DEPAC) a nivel central. Este nuevo órgano rector debe contar con los recursos humanos y financieros necesarios para orientar, promover, monitorear y supervisar nacionalmente a los CLAS, abandonando su situación de programa de escaso apoyo central. Este reforzamiento deberá acompañarse también de una modernización de los enfoques y metodologías de participación social en uso.
- *Promover formas independientes de vigilancia y control ciudadano.* Luego de diez años de prédica del empoderamiento ciudadano y “accountability”, no

existen canales organizados para su efectivización. Como vimos anteriormente, los CLAS no necesariamente promueven la participación de la comunidad, pues en un 91.2% los pobladores de las comunidades con CLAS no sabían quienes eran sus representantes en ellos. En otros tipos de servicios se han formado, en los últimos años, *Comités de Usuarios*, como en el caso de la telefonía y luz eléctrica. Pero en salud no ha sido así. Hemos propuesto la existencia de un *Consejo Nacional de Salud y Consejos Regionales de Salud* a nivel departamental. En un tercer nivel, sea por provincias o mejor aún, en las cabeceras de red, deberían, en nuestra opinión, instalarse los *CLAS-Red, que no se oponen a los CLAS individuales*. Asimismo, hemos propuesto que se desarrollen anualmente las *Conferencias del Consejo Nacional de Salud Ampliado* y que los Ministros presenten su compromiso de gestión como *Mensaje al Sector y su Memoria Anual ante ella*.

Todas éstas son formas de vigilancia ciudadana y de control social pero institucionalizadas en el propio Estado, difíciles de plasmar mientras no exista una democracia plena en el país. Cabe además *alentar las formas independientes de vigilancia ciudadana y de control social*, desde el amplio mundo de la participación social en salud. En este campo, *en la tarea de vigilancia ciudadana*, es necesario *superar la fragmentación y propiciar la concertación en la base*. Las formas organizativas podrán ser diversas pero lo que no es comprensible es el tipo de participación sin voz. En este terreno deberían tomar la iniciativa las ONGDs y la Iglesia para dar vida y proyectar regional y nacionalmente las experiencias de: comités distritales de desarrollo, comités de gestión, mesas de trabajo, mesas de concertación interinstitucional, encuentros comunitarios de salud, comités locales de salud, comités de vigilancia ciudadana en salud, ferias de salud, asociaciones de pacientes, concursos escolares en salud, autocensos, diagnósticos participativos, y muchas otras formas organizativas y actividades populares en salud. El componente de vigilancia ciudadana debe estar presente en todas ellas.

- *Foro Permanente en Salud desde la sociedad civil del sector*. La década de los 90, ha enseñado que el Estado no debe monopolizar el financiamiento de la investigación, la posibilidad de publicaciones, la producción de información y análisis, las vinculaciones entre la intelectualidad sanitaria y las agencias cooperantes, la iniciativa en la interlocución con la salud pública latinoamericana y mundial, entre otros aspectos. En el Perú, nos parece necesario que *alguna institución o alianza de instituciones deba canalizar/representar/alentar en forma independiente desde la sociedad civil sectorial estas funciones*, dadas nuestras tradiciones patrimonialistas y autoritarias. *A este nodo de red vital para los próximos años le hemos llamado Foro Permanente en Salud*. Teniendo en cuenta la experiencia, debemos cuidar el patrimonio moral del sector como reserva de opinión independiente.

Balance General

En los noventa se optó por construir capacidades de gobierno sin gobernabilidad democrática. Los avances han sido limitados porque en condiciones de una baja institucionalidad y fuerte predominio del clientelismo no es posible avanzar en construir un gobierno gerencial sin el control social de sus sociedades. De ahí la mezcla de clientelismo, burocratismo y gerencialismo en la dinámica actual del sector.

Problemas identificados

- Inexistencia de una agenda ministerial con ejes temáticos permanentes y presencia de una del Ejecutivo. En ésta ha primado el corto plazo, lo que ha provocado iniciativas discontinuas y objetivos políticos cambiantes.
- Débil capacidad legislativa expresada en la escasa normatividad de importancia, la postergación de los reglamentos de las leyes y el peso notorio de asuntos de segundo orden en la producción legislativa sobre salud.
- Aumento de la producción de servicios debido al incremento de los recursos pero no a una mejor gestión macro-sectorial y un mayor desempeño del sistema. Ausencia de un direccionamiento claro del sistema prestador. Ha habido una gobernancia focalizada, es decir, una gestión eficaz ahí donde era del interés del Ejecutivo (algunos proyectos y programas), pero no una conducción general de promoción de una institucionalidad eficiente y eficaz.
- Mayores capacidades de gerencia de establecimientos e instituciones pero sin el desarrollo de la gerencia de sistemas y gobierno sectorial. El reemplazo de la carrera pública por el régimen temporal de confianza no ha permitido avanzar lo necesario en la generación de un funcionariado de carrera. La hiperpoliticización de la función directiva ha perjudicado la evaluación del desempeño y clientelizado la selección de personal. La gran estabilidad de los

principales cargos de confianza ha propiciado la rutinización, la burocratización y la resistencia al cambio.

- No ha existido concertación de políticas sectoriales. Los órganos de concertación que la ley contempla (Consejo Nacional de Salud, Comité Técnico de Coordinación Nacional y Comité Nacional de Integración Funcional) nunca se convocaron, por lo que las políticas del sector no se consultaron con la sociedad civil sectorial.
- Aunque ha habido una modificación parcial de la relación del Estado con las ONGDs —que han pasado a ser ejecutoras de sus proyectos—, éstas no han sido incorporadas en la formulación de políticas ni el Estado se ha involucrado en el mundo social en el que las ONGDs se desenvuelven. Al Colegio Médico y a la Federación Médica no se les ha tomado en cuenta pese a su activa participación en la década en el debate sobre la problemática sectorial.
- La participación institucionalizada de los CLAS se ha desarrollado en forma lenta y sin un pleno respaldo del nivel central del MINSA. Los CLAS involucran a los líderes comunales pero no necesariamente a sus comunidades.
- Escasa transparencia en la gestión. No existen aún mecanismos de rendición de cuentas.
- Profundización del “sectorialismo” debido al carácter centralista del régimen, y en consecuencia verticalismo del Estado y de los programas sociales, así como subestimación del enfoque de desarrollo social o integral y de la base territorial del planeamiento.

Recomendaciones

- *Articular una reforma gerencial con una reforma democrática.* Construir un Estado eficiente/eficaz que sea a la vez un Estado representativo.
- *Rediseñar y fortalecer la organización de la Alta Dirección del MINSA.* Profesionalizar y reglamentar la consejería profesional en la Alta Dirección del MINSA. Institucionalizar el Comité Consultivo y del Gabinete de Asesoría. Normar requisitos mínimos para ocupar cargos de confianza.
- *Desarrollar la capacidad operativa sobre la base de acuerdos de gestión.* Rediseñar la institución estableciendo compromisos de gestión entre los diferentes niveles de los dos subsistemas MINSA y EsSalud. Desarrollar progresivamente nuevos mecanismos de pago y un sistema de supervisión para implementarlos.

- *Reinstalar y renovar la carrera pública.* Reinstalar un nuevo servicio civil basado en indicadores de experticia y no en el tiempo de servicio, como en el modelo burocrático. Desarrollar una política de recursos humanos que se base en concursos públicos, captación de cuadros calificados, revisión de remuneraciones, reorganización de carreras y promoción de capacitación y desarrollo del funcionariado.
- *Establecer una concertación sectorial e intersectorial en salud.* Reinstalar un renovado Consejo Nacional de Salud; crear el Consejo Nacional Ampliado —de periodicidad trimestral— y el Consejo Nacional de Salud —de periodicidad mayor. Poner en marcha Consejos Regionales de Salud y crear el Ejecutivo del Sector Salud o una Comisión de Reforma Sectorial.
- *Definir la agenda política prioritaria del sector.* Reinstucionalizar la Conferencia Anual del Consejo Nacional de Salud Ampliado para que evalúe y formule la agenda sectorial. Establecer mecanismos de rendición de cuentas por parte de la Alta Dirección así como las metas al inicio de cada gestión ministerial.
- *Instituir un Programa de Estudios Avanzados de Gobierno en Salud.* Establecer un programa de formación técnico-política que desarrolle las capacidades directivas de los decisores y funcionarios del más alto nivel, adecuando sus modalidades educativas y horarios a dicho objetivo. Normar ciertos prerrequisitos de formación para el ejercicio de cargos de confianza en el sector.
- *Descentralizar el sistema de salud y fortalecer la intersectorialidad.* Insertar los planes de salud de las DISAs y redes con los planes desarrollo regionales y locales. Descentralizar el Estado para vincular la salud y el desarrollo. Delegar una mayor autoridad a los niveles subnacionales y realizar planeamientos con base territorial (regiones, cuencas, zonas, provincias o localidades). Establecer una agenda intersectorial de prioridad para el sector salud que ordene su relación con otros Ministerios y sectores.
- *Ratificar, extender y mejorar los CLAS, y promover el control social y la vigilancia ciudadana.* Orientar los CLAS de modo que recojan las múltiples formas de participación y voluntariado existentes en la base. Establecer que los representantes de la comunidad sean designados por la población. Promover formas independientes de vigilancia y control ciudadano. Instituir un Foro Permanente en Salud, surgido desde la sociedad civil del sector, que evite el monopolio estatal del financiamiento de la investigación, produzca en forma independiente información y análisis, vincule a la intelectualidad y las agencias cooperantes y promueva la interlocución de la sociedad civil en salud.

BIBLIOGRAFÍA

ABUGATTÁS, Javier

- 1993 "Desarrollo integral: ¿Es posible integrar políticas?" *Materiales sobre el CIAS*. Lima: Presidencia del Consejo de Ministros, noviembre, pp.107-171.

AGENDA: Perú

- 1997 *Pobreza, exclusión y política social: Algunas ideas para el Diseño de Estrategias de Desarrollo*. Lima, marzo.

ALTOBELLI, Laura

- 2000 *Programa de Administración Compartida y Comités Locales de Administración de Salud en Perú*. Informe de caso. IESE y Banco Mundial, mayo.

ARROYO, Juan

- 2000 "La reforma del sector salud en el Perú, 1990-98: en busca de nuevos modelos de política social". En: Felipe Portocarrero, editor. *Políticas sociales en el Perú: Nuevos Aportes*, Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales, pp. 541-569.

- 1999 *Informe al Taller Permanente sobre Reformas del Sector Salud*. Instituto de Investigación, Cooperación Externa y Proyectos de Desarrollo de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, febrero.

- 1998 *Impacto de la reforma del sector salud en la regulación de la profesión médica en el Perú*. Informe Final de Investigación. Lima.

- 1995 *La reforma como proceso político-institucional. Una primera aproximación*. Informe de consultoría. Lima: MINSa, Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, junio.

BEAUMONT Martín, Julio GAMERO y María del Carmen PIAZZA

- 1996 *Política social y ONGs*. Lima: DESCO.

BRESSER, Luiz Carlos

- 1999 *La reforma del Estado para la ciudadanía. La reforma gerencial brasileña en la perspectiva internacional*. 1a. Edición. Buenos Aires-Caracas: Eudeba-CLAD, agosto.

- 1998 "La reconstrucción del Estado en América Latina". *Revista de la CEPAL*, número extraordinario, octubre, pp. 105-110.

- 1995 "La reforma del aparato del Estado y la Constitución brasileña". En: *Reforma y Democracia*, No. 4, julio 1995.

CASAS, Juan Antonio y Cristina TORRES

- 1999 *Gobernabilidad y salud: Políticas públicas y participación social*. 1ª. Edición. Washington DC: OPS

COMISIÓN INTERMINISTERIAL DE ASUNTOS SOCIALES / PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

- 1997 *Mejora del Gasto Social Básico. Documento de interés 1997*. Lima, agosto de 1997.

CORTEZ, Rafael

- 1998 *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS*. Lima: Universidad del Pacífico.

DE HABICH, Midori

- 1999 *El financiamiento del Cuidado de la Salud*. Lima, noviembre.

DROR, Yehezkel

- 1996 *La capacidad de gobernar. Informe al Club de Roma*. México: Fondo de Cultura Económica.

EWIG, Christina

- 2000 "Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en el sector salud". En: Felipe Portocarrero S. (editor) *Políticas sociales en el Perú: nuevos aportes*. 1a. Edición. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, febrero, pp. 481-518.

FEDERACIÓN MÉDICA PERUANA. IX Convención Nacional

- 1993 *Posición y propuesta frente a la situación sanitaria y los modelos organizativos de salud y seguridad social*. Lima: FMP.

FLEURY, Sonia

- 1999 "Reforma del Estado en América Latina. ¿Hacia dónde?". *Nueva Sociedad*.

FRANCKE, Pedro

- 1999 *El cobro de tarifas y la equidad en la distribución del subsidio público en salud en el Perú*. Documento de Trabajo No. 163. Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento de Economía. Lima: PUC, febrero.

- 1998 *Focalización del gasto público en salud en el Perú: situación y alternativas*. Documento de Trabajo No. 155. Lima: PUC.

FRISCHTAK, Leila e Izak ATIYAS

- 1996 *Governance, Leadership and incommunication*. Washington: World Bank.

GWATKIN Davidson, Shea RUSTEIN, Kiersten JOHNSON, Rohini PANDE y Adam WAGSTAFF
2000 *Socio-economic Differences in Health, Nutrition and Population in Peru*. Washington: World Bank, HNP/Poverty Thematic Group, May.

KAUFMANN Daniel, Aart KRAAY y Pablo ZOIDO-LOBATÓN
1999 *Governance Matters*. PRWP N° 2196. World Bank.

LECHNER, Norbert
1990 *Los patios interiores de la democracia. Subjetividad y política*. Santiago de Chile: Fondo de Cultura Económica.

MINISTERIO DE SALUD
1997 *Seminario Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud 1997*. Lima: MINSa, 4 tomos.

MINISTERIO DE SALUD\Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria (DEPAC)
1997 *Evaluación de Participación Comunitaria. 25 Direcciones Departamentales de Salud*. Lima: MINSa.

1994 *Actividades de Participación Comunitaria desarrolladas en las Regiones y Sub-Regiones de Salud Año 1993*. Lima: MINSa.

MINISTERIO DE SALUD\Oficina de Estadística e Informática (OEI)
1999 *Reportes del HIS 1990-99*. MINSa-OEI.

MINISTERIO DE SALUD\Oficina de Estadística e Informática (OEI), Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS)
1997 *II Censo de Infraestructura y Recursos Humanos*. Lima: MINSa.

MINISTERIO DE SALUD\Oficina de Financiamiento, Inversiones y de Cooperación Externa (OFICE)
1999a *Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo y entidades e instituciones extranjeras en el desarrollo de acciones de salud en el Perú*. Lima: MINSa.

1999b *Hacia la administración estratégica de la Cooperación Internacional en Salud*. Lima: MINSa.

MINISTERIO DE SALUD\Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG)
1999 *Modelo de gestión del establecimiento de salud y participación comunitaria de los líderes comunales*. Lima: MINSa.

MINISTERIO DE SALUD / MACROCONSULT S.A.
1997 *Seminario Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud 1997, Análisis del Gasto Público en Salud*. Lima.

NORIEGA, Jorge
1997 *Perú: Las Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo (ONGD)*. Lima: DESCO, Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo.

O'BRIEN E. y M. BARRENECHEA
1996 *Evaluación del Programa de Focalización del Gasto Social Básico. Informe Final. Proyecto de Análisis y Planeamiento y Ejecución de Políticas*. Lima: Convenio USAID-Perú.

O'DONNELL, Guillermo
1995 "¿Democracia delegativa?". En: Grompone, Romeo, ed. *Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias*. Lima: IEP.

ORMOND, Derry y Elke LÖFFLER
1999 "New Public Management: What to take and what to leave. Conferencia Central, II Congreso del CLAD". *Reforma y Democracia, No. 13*.

PORTOCARRERO, Felipe y María Elena ROMERO
1994 *Política social en el Perú 1990-1994: Una agenda para la investigación*. Lima: Universidad del Pacífico, IDRC, SASE.

PRATS I CATALÀ, Joan
1998 "Administración Pública y Desarrollo en América Latina. Un enfoque neoinstitucionalista". CLAD, *Reforma y Democracia N° 11*, junio.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS
1997a D.S. 012-97-PCM. Reglamento Funcional de Mejora del Gasto Social Básico.
1997b D.S. 030-97-PCM. Estrategia Focalizada de Lucha contra la Pobreza Extrema 1996-2000.
1993 *Lineamientos Básicos de la Política Social*. Lima: PCM, 23 de noviembre, 5 págs.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS / SECRETARÍA EJECUTIVA DE COOPERACIÓN TÉCNICA INTERNACIONAL (SECTI)
1999 *Directorio de Organizaciones No Gubernamentales de Desarrollo. ONGDs*. Lima: PACT/PERU, Proyecto de Apoyo a ONGs.

SAGASTI, Francisco
1999 "Prefacio". En: Gustavo Guerra-García. *La reforma del Estado en el Perú*. Lima: Agenda-Perú, octubre.

SOSNOWSKI, Saúl y Roxana PATIÑO (comp.)

1999 *Una cultura para la democracia en América Latina*. México: Ediciones UNESCO – Fondo de Cultura Económica.

UGARTE, Oscar y José Antonio MONJE

1999 “Equidad y reforma en el Sector Salud”. En: Monje, José Antonio y Oscar Ugarte. *Políticas sociales de salud e infancia*. Lima: DESCO, mayo.

VALDERRAMA, Mariano

1995 *Perú y América Latina en el nuevo panorama de la cooperación internacional*. Lima: CEPES.

VÁSQUEZ, Enrique y Gustavo RIESCO

2000 “Los programas sociales que “alimentan” a medio Perú”. En: Felipe Portocarrero, editor. *Políticas sociales en el Perú: Nuevos Aportes*, pp.89-151.

VERA, Juan José

1995 “El Programa de Administración Compartida: Alcances y Evaluación”. En: UNICEF-Grupo Propuesta. *Participación Ciudadana y Gestión Local*. Lima: Grupo Propuesta, diciembre.

ZSCHOCK, Dieter – ANNSA Perú

1986 “Participación en salud de la comunidad en el Perú”. *Informe Técnico N° 3*. Lima: MINSA, mayo.

III. REESTRUCTURACIÓN INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD

*JAIME JOHNSON REBAZA DEL PINO*⁴

1. Problemas institucionales

Existe un conjunto de problemas institucionales que afecta la gobernabilidad del sector salud, y que trae como consecuencia ineficacia e ineficiencia en el empleo de los recursos tanto públicos como privados, así como una deficiente calidad en los servicios y una pobre atención de la salud de los pobladores. Los problemas son de diversa naturaleza: estructurales, funcionales o de índole cultural. Entre los más importantes se identifican los siguientes:

1.1. Un sector fragmentado

El sector salud adolece de una fragmentación que imposibilita tener una visión comprensiva y articulada para resolver los problemas básicos que lo afectan. En su interior existen subsectores que actúan con relativa autonomía (el subsector público, que incluye la sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, el subsector de la seguridad social y el subsector privado), donde se toman decisiones que no guardan coherencia y que, en oportunidades, contradicen la política y la programación de las inversiones sectoriales.

A esta fragmentación se suma la inadecuada definición de competencias que debió estar determinada en las distintas leyes de la actividad sectorial que han regido al sector, como el anterior Código de Salud o la actual Ley General de Salud, instrumentos que no establecen con claridad las competencias que corresponden a las distintas instancias de gobierno y de administración del sector. Esta ausencia de definición se traduce en un limbo normativo que conduce a conflictos de competencias, a decisiones que se contravienen, o a una simple evasión de responsabilidad o inacción.

⁴ Politólogo, con maestría en administración pública en la Utah State University y especialización en políticas públicas y reforma estatal (EEUU) y en descentralización (Alemania). Consultor en programas de desarrollo con el apoyo de organismos internacionales, se ha desempeñado además en cargos directivos en la administración pública.

A pesar de la importante cifra presupuestaria que el Estado destina a los hospitales públicos, el Ministerio de Salud carece de capacidad para controlarlos o fijarles prioridades, más aún cuando una creciente parte de su sostenimiento proviene de recursos autogenerados. En la práctica, a pesar de que al Ministerio de Salud le corresponde un rol regulador, su influencia sobre los distintos subsectores es muy limitada.

Tal vez el problema tenga su origen en el hecho de que el Ministerio de Salud no ha asumido la responsabilidad sectorial que le corresponde y se ha limitado a aquello que le es más familiar y que representa menos dificultad y conflicto, como es el sector público de salud, y éste, en forma reducida al no incluir a la sanidad de las FFAA y PNP. En consecuencia, no existe una dependencia gubernamental que tenga una visión de conjunto que permita dilucidar los problemas que afectan a todo el sector. Además, cuando se ocupa del sector público, la atención del Ministerio se centra en el quehacer de los establecimientos de salud, descuidando aspectos tan importantes como la fiscalización de las normas sanitarias, las de ocupación laboral y de salud ambiental o temas tales como la promoción de una mayor cultura sanitaria, entre otros de igual importancia.

Definitivamente, recuperar el rol rector que le corresponde como autoridad sanitaria del país es el reto más importante que enfrenta el Ministerio de Salud. Ello supone asumir el liderazgo institucional; fijar las prioridades sanitarias que deberán ser atendidas por todos los subsectores de salud, y tener decisión determinante sobre las inversiones públicas o las que se realizan con recursos del régimen contributivo de la seguridad social, así como poder orientar efectivamente las inversiones del subsector privado, además de recuperar la legitimidad y el reconocimiento de la población como autoridad sanitaria que protege y defiende la salud de los pobladores y sanciona a los transgresores de las normas sanitarias.

1.2. Carencia de orientación política y de objetivos claros

En el tiempo transcurrido entre el gobierno de las Fuerzas Armadas y el gobierno del presidente Fujimori, el Ministerio de Salud ha estado regido por cinco leyes de organización y funciones. Dichas leyes alteraron el ordenamiento institucional del sector, creando nuevos organismos descentralizados, modificando sus funciones o estructura, o dando término a organismos existentes.

Asimismo, durante el mismo período, el Instituto Peruano de la Seguridad Social (EsSalud) se ha visto regulado por cuatro leyes llegando inclusive, por disposición constitucional, a tener rango de institución autónoma, para luego perderlo con la última constitución.

En este sentido, puede concluirse que los continuos cambios que ha experimentado el ordenamiento institucional del sector salud son un claro reflejo de la inestabilidad política y social que vive el país y que se ha acentuado en las últimas décadas; inestabilidad que es consecuencia de la inmadurez de los grupos políticos, cuya acción ha seguido una lógica de confrontación cuasi castrense (liquidar políticamente al adversario que es percibido como un enemigo) antes que buscar puntos de concordancia e ir creando consenso.

Como resultado de esta realidad, el sector salud y los demás sectores han experimentado la inestabilidad o la ausencia de políticas rectoras y objetivos claros de mediano y largo plazo que pudiesen servir como base para el ordenamiento institucional y que a su vez sirviesen de soporte para instrumentar las políticas y lograr los objetivos que los gobiernos se propusieron alcanzar para la sociedad peruana.

1.3. Problemas de organización interna

En abril de 1990, se promulgó el Decreto Legislativo N° 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (aún vigente), mediante el cual se establece la actual estructura del sector público de salud y la del Ministerio de Salud. Este Decreto Legislativo, junto con las leyes de organización y funciones de diversos ministerios e instituciones públicas, fue promulgado con el fin de dar cumplimiento a la Ley de Bases de la Regionalización que ordenaba adecuar a la descentralización las leyes generales de la actividad sectorial y las de organización y funciones de los ministerios e instituciones públicas.

En el caso del sector salud, las normas de la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud fueron distorsionadas y contravenidas mediante el Reglamento de Organización y Funciones (Decreto Supremo N° 002-92-SA) que restituyó algunas dependencias sectoriales que habían sido canceladas por la Ley. Asimismo, se estableció una organización piramidal con excesivos niveles jerárquicos y numerosas dependencias que difícilmente se justifican, pero que se explican por la equivocada política de mejorar las remuneraciones de los trabajadores a través de la creación de una infinita gama de cargos directivos (direcciones generales, direcciones ejecutivas, direcciones, subdirecciones, jefaturas, subjefaturas de unidad, etc.).

El perfil del personal del Ministerio, los programas y proyectos que tienen una población flotante, es fiel reflejo de su escasa capacidad técnica: sólo el 30% del personal es profesional titulado y el resto se compone de un 45% de trabajadores con educación secundaria, 5.5% con bachillerato, 6.2% con formación universitaria incompleta, 6.4% con educación superior no universitaria completa, 3% con educación no universitaria incompleta, 2.3% con educación secundaria incompleta, y

finalmente 2.1% con educación primaria. Al escaso personal profesional se suma una mala distribución de los recursos humanos, donde funciones tan importantes para la toma de decisiones y la asignación de recursos como es la vigilancia epidemiológica cuentan con escaso personal, recursos limitados y en general poca atención de las autoridades. De otro lado, la función administrativa, dispone de excesivo personal, aun cuando su producción es intrascendente para el sector.

Para un órgano de gobierno encargado de dirigir el sector y de formular las políticas públicas, ciertamente lo deseable sería que el estamento profesional constituyese alrededor del 70% y que el personal de apoyo que también debe contar con profesionales y personal auxiliar fuera del 30%. Si bien no se dispone de información actualizada acerca de los perfiles profesionales del personal, un estimado grueso del personal profesional lleva a concluir que éste está conformado en su mayoría por personal médico y enfermeras, personal dedicado a tareas administrativas y de apoyo (contadores), unos cuantos economistas, algunos ingenieros y un número reducido de abogados.

La falta de claridad en la definición de competencias y la división funcional, induce al conflicto entre los órganos y a la duplicación de esfuerzos, incluyendo la producción de información contradictoria sobre un mismo aspecto.

Con la suscripción de convenios de cooperación financiera y técnica con organismos multilaterales y países cooperantes, a la estructura normada por la Ley y su Reglamento, se le ha anexado una estructura, sino paralela, en todo caso adicional que compite con los órganos de la estructura formal.

Los convenios han tomado la forma de programas y proyectos, los mismos que desde su origen fueron concebidos como unidades independientes con administración propia y no integrados a los órganos de línea. La relación entre la estructura formal y los programas y proyectos ha sido conflictiva y de permanente competencia por la atención de las autoridades, la definición de campos funcionales y la preeminencia en el establecimiento de las políticas institucionales, generando, en el proceso, un clima de desconfianza y de recelo. Otro factor de desavenencia se deriva del hecho de que el personal contratado por los programas y proyectos obtiene remuneraciones superiores a las que normalmente paga el sector público, aun cuando en algunos casos, resulta evidente que no existen diferencias significativas en las calificaciones ni en las capacidades entre uno y otro grupo de personal.

1.4. Inestabilidad en los cargos políticos y técnicos

Históricamente, e independientemente del régimen de gobierno, el sector salud ha experimentado gran inestabilidad en los cargos políticos lo que ha

acarreado inestabilidad en los altos cargos de la función pública sectorial, generando diversas consecuencias que afectan negativamente la marcha del sector, entre las que se pueden señalar las siguientes:

- Las autoridades del sector obran predominantemente en función del corto plazo y rara vez se hacen proyecciones de largo plazo.
- En contadas ocasiones en que se ha intentado resolver los problemas estructurales del sector, que demandan tiempo para su estudio y maduración y un alto costo de inversión, estas iniciativas se han visto interrumpidas.
- Los continuos cambios afectan la memoria institucional e inclusive se dan situaciones en las que se pierden los archivos institucionales.
- Se registra un alto nivel de incertidumbre y de desconfianza que lleva a la parálisis institucional y a la postergación de acciones, que implican costos y demandan tiempo para recuperar la estabilidad y reconstruir relaciones adecuadas.

1.5. Ausencia de un estamento profesionalizado de la función pública

Es patente la falta de conciencia de la “clase política”, respecto a la necesidad de promover y crear un estamento profesionalizado y estable de la función pública en el nivel técnico-político, es decir en la capa de profesionales que se ubica inmediatamente por debajo de los cargos políticos (ministros y vice-ministros).

La existencia de este estamento contribuiría a otorgar cierta estabilidad institucional y permitiría emprender políticas sectoriales de mayor aliento, siguiendo el adagio que expresa que “los políticos pasan y la burocracia queda”.

Los funcionarios de dicho estamento que deberían ser cooptados entre los estudiantes universitarios de post-grado con niveles de excelencia, deberían recibir una formación fundada en principios éticos, morales y democráticos. En el área técnica, dichos funcionarios deberían estar preparados para la tarea de asesoramiento en la formación de políticas públicas y especializados en realizar tareas de análisis mediante el empleo de instrumentos y métodos modernos para la toma de decisiones, así como tener un dominio de las técnicas de planeamiento estratégico y de planeamiento operativo. En consecuencia, su labor deberá estar centrada en el diseño de alternativas u opciones de política analizadas desde la perspectiva de sus efectos económicos, sociales, políticos e institucionales.

En el caso peruano, la carencia de una norma que establezca una distinción entre los componentes de la función pública no permite dar un tratamiento

diferenciado a los funcionarios del Estado de acuerdo al tipo de función que desempeñan. En primer lugar, están los funcionarios que tienen su origen en el sufragio, en la designación política o en formas especiales de designación previstas en la Constitución (Presidente, vice-presidentes, congresistas, vocales supremos, fiscales nacionales, miembros del Consejo Nacional de la Magistratura y del Jurado Nacional de Elecciones, ministros, vice-ministros, jefes o presidentes institucionales, etc.). En segundo lugar, están los funcionarios de carrera (aquellos de nivel técnico-político y altos cargos que implican responsabilidad de dirección de los órganos principales de los ministerios e instituciones clave) y los servidores públicos (personal de mando medio, técnico de nivel intermedio, auxiliar y administrativo).

Lo deseable sería que existiese tal diferenciación de estamentos, que permitiera un tratamiento diferenciado a cada grupo de funcionarios a fin de proteger y dar estabilidad y permanencia al estamento de la función profesionalizada de nivel técnico-político y altos cargos de dirección que son fundamentales para otorgar estabilidad y permanencia a los objetivos de la nación y a las políticas de mediano y largo plazo. Este estamento probablemente no superaría un número de mil para todo el país.

Como ya fuera señalado, el personal del Ministerio se caracteriza por los bajos niveles de profesionalización de sus miembros y la escasa presencia de profesionales de las ciencias sociales, en particular, economistas, especialistas en organización y gestión, sociólogos, profesionales del derecho, que permitan formar grupos interdisciplinarios y polivalentes para el análisis de los problemas.

Otro aspecto discutible es el distorsionado régimen de remuneraciones que no permite contar con las capacidades profesionales de alta calificación e idoneidad que se requieren. Este hecho hace difícil conformar equipos de profesionales que den permanencia a los objetivos sectoriales de mediano y largo plazo y que aseguren la continuidad y estabilidad de las políticas públicas.

1.6. Institución cerrada y comportamiento tradicional

Otros factores que afectan la marcha del sector son aquellos de carácter cultural que tal vez resultan los más difíciles de resolver porque toma tiempo y perseverancia cambiar actitudes y comportamientos. El funcionamiento como institución cerrada es uno de ellos.

Existe la creencia de que la designación de un cargo público otorga facultades extraordinarias para normar y regular sin consultar a quienes de alguna forma se verán afectados por las medidas o decisiones que se adopten. Por lo general, la calidad de las normas no es la adecuada y en incontables ocasiones, éstas deben

ser revisadas y modificadas o derogadas al observarse que sus efectos resultan de dudoso cumplimiento.

Las normas formuladas en consulta y con participación de la sociedad civil toman más tiempo, pero es indudable que la modalidad ofrece ciertas ventajas: i) permite ver el juego de intereses de los grupos y como éstos pueden verse afectados; ii) predispone psicológicamente a los participantes a aceptar normas que, si bien no cumplen con la totalidad de sus aspiraciones o expectativas, al haber sido consensuadas con otros grupos, los obligan a aceptarlas (la persuasión social actúa como elemento subliminal); iii) permite que la institucionalidad pública gane en legitimidad y autoridad, y iv) logra que las normas por su calidad y por responder a las necesidades reales obtengan una mayor aceptación y su permanencia sea mayor. A la larga, procesos normativos consensuados representan un ahorro real para el sector público.

Otro problema que se encuentra es la “satrapía burocrática” que ejercen algunos funcionarios que detentan una autoridad ilimitada sobre las dependencias a su cargo, de la que hacen uso en forma patrimonial, administrando premios o castigos a voluntad, favoreciendo a los amigos y a los dóciles y castigando a quienes muestran independencia o ideas propias.

Este conjunto de factores dan como resultado un nivel de incompetencia institucional que afecta la marcha del sistema en su conjunto.

2. Marco y base conceptual del reordenamiento institucional

2.1. Marco conceptual

La propuesta de reordenamiento institucional del sector que se presenta busca colocar al Ministerio de Salud y a las dependencias públicas del sector en condiciones ventajosas para contribuir a mejorar la calidad de vida de los peruanos; elevar su productividad, e incrementar de manera sustantiva el uso de los recursos públicos que se destinan a la prevención y a la recuperación de la salud, especialmente para la población de menores ingresos, asegurando la coparticipación en el financiamiento de los estratos no-pobres.

2.2. Base conceptual de la propuesta

La propuesta plantea concebir al Ministerio de Salud como un organismo eminentemente de gobierno. Se define a base del refuerzo de determinadas competencias y funciones del Ministerio en el marco de la reforma sectorial. En lo

fundamental se orienta a que el Ministerio recupere la rectoría y consolide sus capacidades de gobierno en el dominio sectorial.

2.2.1. Separación de funciones y especialización

Aquellas funciones o actividades que no se relacionan estrictamente con la tarea de gobierno deberán ser desvinculadas de la institución ministerial. Se entiende por función de gobierno la capacidad de *jus imperium* que conlleva la facultad de regular, multar o sancionar vía la coacción y coerción mediante el uso legítimo de la fuerza pública y toda aquella que asista al diseño de políticas públicas y a catalizar la acción de las instituciones de la sociedad civil, así como a decidir sobre la asignación de los recursos públicos.

La propuesta se basa fundamentalmente en el criterio de especialización. Con el propósito de alcanzar mayores niveles de eficacia y eficiencia, se plantea una clara diferenciación y separación entre la función reguladora y de gobierno, que debe ser asumida por el Ministerio y las de administración financiera o las relacionadas a la producción de bienes o servicios que deben ser asumidas por otras instituciones. Estas últimas, de acuerdo a su naturaleza, deberán ser transferidas a otras entidades descentralizadas u organizadas en otras instituciones cuya personería sea distinta a la del Estado (instituciones públicas descentralizadas, instituciones que ejerzan autonomía técnica y administrativa, mas no política ("policy") en su gestión, como universidades, organismos no-gubernamentales o empresas privadas).

El Ministerio puede en efecto, si así lo determina, ejercer ambas funciones, pero con el grave riesgo de perder en eficacia y eficiencia en su función primordial, que es su razón de ser, afectando a la larga el adecuado funcionamiento del sistema.

2.2.2. Abandono de la organización piramidal y reemplazo por la organización plana

Se plantea un nuevo modelo de organización para el Ministerio de Salud con las siguientes características: tamaño reducido, pocas dependencias y carácter horizontal o plano, basado en nuevas y mayores capacidades profesionales de su personal, privilegiando los procesos de planeamiento estratégico y la toma de decisiones. Con este fin es que se propone la constitución de un gabinete especializado para que apoye al nivel político en la formulación de las políticas públicas en materia de salud. Se estima que el gabinete del Ministro debe contar con no más de veinte profesionales procedentes de distintas disciplinas y con calidades de excelencia profesional.

Se busca reforzar las competencias de regulación, supervisión, fiscalización, planeamiento operativo y la asignación de recursos para la inversión, además del seguimiento (monitoreo) y la supervigilancia de la operación de servicios que en lo fundamental estarían a cargo de dos órganos de línea.

3. Propuesta de reestructuración institucional del sector salud

3.1. Organización interna del Ministerio de Salud

3.1.1. División de funciones en la Alta Dirección

La Alta Dirección en los ministerios se halla conformada por el Ministro y el Vice-ministro. Por regla general, el Ministro es responsable político del sector y titular del pliego presupuestal, y las funciones del Vice-ministro resultan algo aleatorias en la medida en que no tiene funciones propias y su rol depende de lo que el Ministro considere conveniente delegarle. La función administrativa del titular de pliego suele distraer a los ministros de su tarea primordial de asegurar la gobernabilidad del sector, es decir, la de estudiar los problemas que afectan al sector, decidir la opción óptima para resolverlos, formular las políticas de Estado orientadas en este sentido, asignar los recursos correspondientes y supervisar su ejecución y cumplimiento.

Se plantea que el cargo de Ministro sea concebido eminentemente como un cargo de conducción política del sector antes que de conductor del Ministerio. Por lo tanto, es conveniente que éste delegue al Vice-ministro las responsabilidades administrativas de orden interno, quien deberá dar cuenta de los asuntos que le son delegados.

Esto supondrá que las preocupaciones del Ministro se centren preferentemente en adoptar decisiones sobre los problemas del sector, los recursos que se aplican al sector y los que se asignan al Ministerio pero que pueden tener una incidencia directa sobre el sector y no tanto sobre la administración interna de dichos recursos. Supone también concentrar a su alrededor capacidades de análisis y de síntesis que le permitan cumplir un papel orientador y regulador dentro del sector, trazando los objetivos, los lineamientos de política general, y definiendo la orientación, prioridad y estrategia sectorial.

En síntesis, el Ministro y los que lo acompañan en la Alta Dirección asumen el planeamiento estratégico del sector, que no consiste en la elaboración de un documento, sino en la conducción de un proceso permanente y dinámico de estudios y análisis que dan conocimiento sobre los problemas que se intentan corregir; del examen de alternativas y su costo-efectividad, y de los procesos de

corrección de acuerdo a las apreciaciones resultantes de un monitoreo continuo y de las evaluaciones periódicas del avance de la ejecución de las acciones.

Otro campo de responsabilidad del Ministro es el de las relaciones o eslabonamientos externos que permiten que se favorezcan los intereses sectoriales del Ministerio frente a otros sectores que también compiten por los mismos recursos o por el aval del Poder Ejecutivo o del Congreso. Conviene, por lo tanto, contar con un equipo de personas, de preferencia vinculadas al entorno del Ministro que se relacionen con las dependencias claves del Estado, como la Dirección Nacional del Presupuesto Público, las Comisiones de Salud y de Presupuesto del Congreso y la Oficina del Presidente del Consejo de Ministros, a fin de complementar la labor del Ministro, manteniendo a los funcionarios de estas dependencias informados acerca de los planteamientos y avances.

Este es un campo que muchas veces se descuida lo que hace más difícil conseguir los recursos requeridos o que prosperen las iniciativas legislativas que interesan al sector.

3.1.2. Sistema de soporte para la toma de decisiones de la Alta Dirección

La conducción política moderna requiere de varios factores para ser efectiva: una visión clara del entorno en que se opera, un enfoque con una perspectiva temporal de mediano y largo plazo, y un conjunto de sistemas de soporte que favorezcan la toma de decisiones.

En la actualidad, al menos estos últimos son inexistentes y deberían instrumentarse en el despacho ministerial. Se requiere, asimismo, plantearse como meta modificar comportamientos institucionales implantándose un gran sentido innovador que contribuya a movilizar las capacidades institucionales en torno a objetivos realistas, lineamientos claros y estrategias orientadas a impulsar la reforma del sector.

Este tipo de conducción generará en los equipos ministeriales una visión compartida y la identificación de propósito y el eventual surgimiento de un *spirit of corps* y una claridad de objetivos alrededor de la reforma.

Cualquier institución de gobierno con planteamientos claros deberá considerar como problema crucial, la integración de sus objetivos de gobierno con las políticas específicas de instrumentación. Ello exige una cuidadosa definición de las acciones sectoriales, que permita conectarlas entre sí y relacionar el conjunto de éstas con la política general del sector y la política general de gobierno.

Sin embargo, debe reconocerse que un ministro por muy capaz que sea no puede cubrir todas las implicancias políticas y técnicas de orden social o económico de una decisión que, por lo demás, excede la capacidad del analista más calificado. De allí que resulte conveniente dotar a la Alta Dirección de un gabinete de asesoramiento que en el mismo despacho del Ministro lo asista en esta labor.

Por esta razón se propone la institucionalización de un gabinete del Ministro de Salud. Además de su función de análisis, este gabinete deberá tener funciones de coordinación de las dependencias de línea sirviendo de nexo entre éstas y el Ministro, operando como centro nervioso del sistema de decisiones del Ministerio.

Mediante la operación de este Gabinete se busca dar una mayor estabilidad a las políticas de salud, asegurando que las decisiones políticas sean más informadas y adoptadas con un grado mayor de maduración. Asimismo se deberá superar la ausencia de previsiones y orientaciones de largo plazo; resolver la incoherencia en la conducción y la improvisación en las decisiones de gobierno del sector; así como solucionar la escasa y mal distribuida capacidad profesional y técnica puesta al servicio de la toma de decisiones, crucial para el buen gobierno del sector.

El Gabinete del Ministro deberá dar preeminencia a la función de conducción de la reforma sectorial basada en un planeamiento estratégico de mediano y largo plazo, así como en asegurar el óptimo funcionamiento del sistema y la complementación de sus diversos elementos, poniendo énfasis en mejorar la productividad y la calidad de los servicios de salud que se prestan a la población.

Este grupo humano no requiere ser muy numeroso (veinte se considera un número ideal) y como conjunto debe reunir determinadas cualidades. Es conveniente que el Gabinete esté conformado por profesionales de distintas disciplinas y que haya cierto equilibrio entre ellos (economistas, ingenieros industriales, profesionales del derecho, sociólogos, expertos en organización, comunicadores sociales, estadísticos e informáticos, salubristas públicos, etc.). Además, todos sin excepción deberán tener predisposición o vocación para el trabajo en equipo.

Aparte de los conocimientos profesionales debe haber, entre sus miembros, individuos que aporten una cabal comprensión de la realidad nacional, una perspectiva histórica y de proyección al futuro; un alto compromiso con los objetivos permanentes de desarrollo; una comprensión amplia de los asuntos más importantes de política general, y un profundo dominio sectorial.

También es importante que se tenga una visión estratégica para la solución de problemas; tolerancia y conocimiento para hacer frente a la incertidumbre; pericia en el manejo de situaciones de crisis, así como en diseño de organización y

fortalecimiento institucional; competencia en la elaboración de modelos institucionales y sociales, gran sentido innovador y alta sensibilidad social.

3.1.3. Órganos de Consulta y Coordinación

- *Consejo Consultivo.* Si bien en la estructura del Ministerio está prevista la existencia de un Consejo Nacional de Salud y una Comisión Consultiva, su convocatoria y funcionamiento que ha sido muy esporádico y en la última década no ha operado, cumple un rol esencialmente formal e informativo. Este mecanismo deberá ser redefinido y potenciado a fin de que al más alto nivel del sector sirva como tamiz de las decisiones que se elevan al Consejo de Ministros y eventualmente al Congreso de la República.

Es conveniente que el Ministerio sea una institución más abierta y que otorgue mayor participación a los agentes del sector en la determinación de las políticas sectoriales, pero que ello no se restrinja a las instituciones que tradicionalmente conforman el sistema de salud. El Ministerio no sólo deberá incorporar a representantes de la seguridad social, de la sanidad de las FFAA y PNP, a quienes representen a los proveedores de servicios de salud privados y a la industria farmacéutica, sino también a representantes de las facultades de medicina y de los colegios profesionales, al igual que a un número de representantes de los organismos no-gubernamentales especializados en materias de salud.

En este sentido, es importante dar cabida a los representantes de los gremios y a instituciones como las universidades, pero tal vez sea más significativo propiciar cambios en el comportamiento institucional a todo nivel, buscando que los equipos técnicos que se conformen al interior del Ministerio realicen su labor cotidiana con la participación de agentes sectoriales, de manera particular con los centros de investigación que se especializan o tratan temas relacionados con los sectores sociales o que desarrollan actividades de promoción o educación para la salud. Asimismo, es importante convocar a los profesionales de las facultades de medicina que son reconocidas en el medio.

Esto permitirá aprovechar las capacidades extra-ministeriales, contrastar puntos de vista, y hacer que los planteamientos de política que imparta el Ministerio se ajusten más a la realidad.

- *Comité de Coordinación.* Existe un órgano de coordinación intra-sector público que si bien se reúne ocasionalmente, sirve más como mecanismo para impulsar planteamientos o acciones de interés del Ministerio antes que como instrumento de coordinación y de construcción de consenso.

Las autoridades del Ministerio no le han dado la importancia y la aplicación que debería tener en los aspectos que son cruciales para la conducción del sector, es decir, aquellos referidos a establecer criterios comunes que permitan unificar la acción de los distintos componentes del sector y acordar prioridades, así como la estrategia para llevarlas a cabo.

El Comité de Coordinación deberá ser presidido por el Ministro de Salud y conformado por el Jefe del Gabinete de Asesoramiento del Ministro, los secretarios nacionales de Salud Colectiva y de Salud Individual, los presidentes de las Instituciones Públicas Descentralizadas del sector y los directores de las Direcciones Subnacionales de Salud.

3.1.4. Órgano de Control

La Inspectoría Interna no requiere mayor desarrollo o explicación dado que su función es lo suficientemente conocida y no tendría mayor variación. No obstante, vale la pena señalar que por lo general se da una excesiva importancia a la auditoría financiera y no necesariamente al control del empleo de recursos para la obtención de los objetivos que se traza la institución.

3.1.5. Órganos de Apoyo

La propuesta plantea la existencia de tres órganos de apoyo: la Gerencia de Recursos Institucionales, la Gerencia de Recursos Sectoriales y la Gerencia de Información.

- *Gerencia de Recursos Institucionales.* Tendría como responsabilidad la administración de los recursos internos del Ministerio. En este sentido, estaría a cargo de la administración del personal interviniendo en los procesos para su selección y evaluación, así como en la coordinación y administración del programa de perfeccionamiento y actualización profesional.

Asimismo, tendría el encargo de coordinar la formulación del presupuesto interno de operación del Ministerio y de contratar con terceros los servicios que sean necesarios para apoyar las tareas de los órganos de línea. Se estima que no se requiere contar con mucho personal.

- *Gerencia de Recursos Sectoriales.* Sería la encargada de transferir y supervisar la aplicación de los recursos financieros destinados a las intervenciones de salud colectiva (que incluyen los fondos para atender contingencias) y los que en vía de transferencia se destinen al ente especializado en la compra de atenciones de salud individual a la entidad (que incluyen los fondos para la inversión pública en salud). Asimismo, tendría la

responsabilidad de conducir el proceso de formulación y evaluación del presupuesto que se aplicaría para el financiamiento de la provisión de servicios de salud colectiva y de salud individual y del fondo de contingencia para epidemias y desastres.

La formulación de este presupuesto se realizaría en el marco de la programación operativa global que efectúan los órganos de línea. Esta Gerencia tramitaría el libramiento de recursos del Ministerio de Economía y Finanzas; participaría en las negociaciones de los convenios de programación que los órganos de línea (Secretaría de Salud Individual y Secretaría de Salud Colectiva) realizan con los organismos públicos descentralizados, en el marco de los cuales se entregarían los recursos a ser administrados por estas entidades en la modalidad de encargo y de supervisión del cumplimiento de los convenios de programación.

Por último, la Gerencia de Recursos Sectoriales se orientaría a la promoción de la cooperación y al intercambio técnico financiero de conformidad con lo que determine el planeamiento estratégico del sector y los requerimientos del planeamiento operativo, pudiendo inclusive concebirse como el mecanismo a través del cual se libran los recursos que de manera complementaria se asignen a las subregiones o a otros componentes del subsector público. Asimismo, estaría a cargo del diseño y contratación con terceros de los programas de capacitación para el personal de los servicios de salud y para los encargados de su administración.

- *Gerencia de Información.* Tendría bajo su responsabilidad la conducción del sistema de información en salud, así como la consolidación, sistematización y análisis de la información sanitaria estadística y no estadística y de la información económica y financiera del sector.

Esta Gerencia sería la encargada de producir el conocimiento necesario para la toma de decisiones del Ministerio y de proporcionar información al sistema estadístico nacional y a todo usuario que la requiera.

3.1.6. Órganos de Línea

Se plantea instituir dos órganos de línea en la forma de secretarías nacionales o direcciones nacionales que atiendan los campos de actividad más importantes del Ministerio de Salud: el de la salud pública o salud colectiva y el de la salud de las personas o salud individual. Estos órganos de línea se organizarían en áreas de responsabilidad en cuyo interior se constituirían equipos multidisciplinarios encargados de analizar problemas y proponer cursos de acción.

- *Secretaría o Dirección Nacional de Salud Colectiva.* Sería la encargada de formular y proponer a la Alta Dirección la política nacional de salud pública, también denominada salud colectiva, así como del planeamiento operativo en su dominio sectorial, y la correspondiente programación de las intervenciones de salud que tengan carácter de bienes públicos y que, por su naturaleza, convenga que sean ejecutadas desde el nivel nacional (por ejemplo: la campaña nacional antitabaco, o la que corresponda para evitar los accidentes de tránsito). Todas las intervenciones de salud colectiva se ofrecen con cargo a los recursos fiscales y tienen derecho a ellas todos los habitantes del país. Esta Secretaría debe asumir la difusión y promoción de los derechos que sobre salud pública tenga la población.

Muchas de estas intervenciones al estar vinculadas a aspectos ambientales o a factores exógenos al sector salud, requieren de una coordinación intersectorial e interinstitucional. En consecuencia, para responder programática y normativamente a muchos de los problemas de salud pública correspondería a esta Secretaría tomar la iniciativa en la coordinación intersectorial.

Asimismo, debería emitir las normas técnicas, así como coordinar, evaluar y supervisar su ejecución en todas las materias de salud colectiva, vigilancia y control epidemiológico, control de zoonosis, salud ambiental, salud ocupacional, producción, calidad, uso y comercio de productos farmacéuticos y afines, así como controlar las medidas de sanidad de la producción y comercialización de alimentos y bebidas de origen industrial para consumo humano.

Además, tendría a su cargo el diseño y evaluación de las intervenciones de salud colectiva de alcance nacional; el establecimiento de los procedimientos técnicos para su aplicación, y la conducción del sistema de fiscalización y control de normas sanitarias, el mismo que estaría compuesto por las dependencias de las unidades de salud del nivel subnacional y de los gobiernos locales.

Finalmente, diseñaría y se encargaría de la realización de estudios e investigaciones en materia de efectividad y costo de las acciones de salud colectiva y de riesgos ambientales para la salud y cultura sanitaria.

Esta Secretaría estaría organizada en cuatro áreas funcionales, las mismas que se señalan a continuación:

- Área de Políticas y Normas de Salud Colectiva
- Área de Vigilancia Epidemiológica, Nutricional e Intervenciones Programáticas

- Área Planeamiento Operativo y Presupuesto para las Intervenciones de Salud Colectiva
 - Área de Fiscalización
- *Secretaría o Dirección Nacional de Salud Individual.* Sería la encargada de formular y proponer a la Alta Dirección la política nacional de salud individual; la política previsional en el campo de la salud; las normas respecto a los protocolos de atención, y la regulación de los servicios públicos o privados. Asimismo, tendría la responsabilidad del planeamiento operativo y la correspondiente programación de los servicios de salud que ofrecen los establecimientos públicos con cargo a los recursos fiscales; la conducción del sistema de preinversión, y la política de mantenimiento de infraestructura y de la inversión tecnológica. Esta Secretaría deberá encargarse de difundir y promover los derechos que la población tenga a los servicios de salud que el Estado garantiza y que tienen características de bien individualmente apropiable.

También emitiría las normas técnicas en materia de certificación y garantía de calidad de los servicios de salud y de recursos humanos.

Diseñaría y definiría los planes mínimos de atención a que se sujetan los seguros de salud, cualquiera que sea la naturaleza o modalidad de gestión de la entidad que los preste, así como el plan garantizado de atenciones de salud individual a ser financiado con cargo a fondos públicos. Asimismo, normaría y supervisaría el sistema de identificación de los usuarios de los servicios de salud.

Determinaría la modalidad de administración de los establecimientos de salud de propiedad del Estado así como la política de inversión, de tecnología en salud y de mantenimiento de los servicios a cargo del Estado, coordinando, evaluando y supervisando su ejecución. Diseñaría y se encargaría de la realización de estudios e investigaciones en materia de prestaciones de salud individual y de costo y eficiencia de los servicios y su seguimiento, y formularía y propondría los criterios para la determinación de tarifas por los servicios de salud que proveen los establecimientos de propiedad del Estado.

Esta Secretaría estaría organizada en cuatro áreas funcionales que serían las siguientes:

- Área de Políticas Previsionales y Prestacionales
- Área de Normas, Concesiones, Acreditaciones y Garantía de Calidad

- Área de Planeamiento Operativo y Presupuesto para los Servicios de Salud
- Área de Recursos Humanos
- Área de Política de Inversión y Tecnología

3.2. Organismos Públicos Descentralizados

El modelo contempla que el Ministerio se retire de la administración financiera y de la provisión directa de servicios de salud, así como de la ejecución de actividades no directamente relacionadas con su tarea de gobierno. Para ese efecto, se plantea crear tres entidades ejecutoras bajo la forma de organismos públicos descentralizados que dispondrían de una relativa autonomía con relación al Ministerio. Por conveniencia y para los fines de redacción del presente documento, estas entidades tendrían las siguientes denominaciones:

3.2.1. Centro de Control de Riesgos y Enfermedades (CENCRE)

Tendría a su cargo la administración del sistema de vigilancia epidemiológica, así como proporcionar apoyo logístico para la ejecución de todas las intervenciones de salud colectiva de alcance nacional que correspondan realizarse (directamente o por contrata), estando a tal fin facultado para administrar por encargo del Ministerio los recursos correspondientes.

En tal sentido, sus funciones tendrían como finalidad: contribuir a prevenir los riesgos, daños y enfermedades en la población; mejorar la eficiencia en la asignación y uso de fondos públicos para el financiamiento de intervenciones en materia de salud colectiva, y velar por el cumplimiento de las normas sobre calidad, eficacia, seguridad y sanidad de la producción y comercialización de productos biológicos, medicamentos e insumos para la salud, así como de las normas sanitarias sobre producción de alimentos de origen industrial.

El Centro de Control de Riesgos y Enfermedades estaría organizado de la siguiente manera:

- Alta Dirección
 - α Presidente
 - α Adjunto
- Órgano de Control
 - α Inspectoría Interna
- Órgano de Apoyo
 - α Gerencia de Administración

- Órganos Técnico Ejecutivos
 - ☐ Gerencia de Vigilancia y Control Epidemiológico
 - ☐ Gerencia de Cultura Sanitaria
 - ☐ Gerencia de Salud Colectiva
 - ☐ Gerencia de Control y Certificación Sanitaria
- Laboratorio de Referencia Nacional

Este organismo podría constituirse sobre la base del Instituto Nacional de Salud, de la Dirección General de Salud Ambiental, en la parte que corresponde a las funciones ejecutoras, así como de la Oficina General de Epidemiología.

3.2.2. Instituto de Previsión y Prestaciones de Salud (IPPS)

Sería el organismo especializado en la compra de atenciones de salud individual a los establecimientos públicos de salud, y la entidad que administre la compra de atenciones para la población no asegurada de menores recursos (considerada como población objetivo del Estado), y para los asegurados del régimen contributivo de la seguridad social.

La institución iniciaría un tránsito hacia un estadio más avanzado en el que administre un sistema previsional basado en los recursos provenientes de las contribuciones de los asegurados y de los recursos del Tesoro Público aplicados al aseguramiento de la población de menores ingresos no comprendida en el régimen contributivo, ambos financiados por el lado de la demanda.

También le correspondería administrar los recursos destinados a financiar la inversión en infraestructura, tecnología y equipamiento en los establecimientos correspondientes a las redes y a los establecimientos hospitalarios, evaluando las solicitudes de financiamiento y realizando el seguimiento de la ejecución de la inversión.

Este organismo público descentralizado podría formarse sobre la base de los recursos y experiencia que EsSalud tiene actualmente tanto en el nivel central como en cada uno de los departamentos.

El Instituto de Previsión y Prestaciones de Salud dispondría de autonomía técnica y económica en el marco de la política que fije el Ministerio de Salud, y estaría organizado de la siguiente manera:

- Alta Dirección
 - ☐ Presidente
 - ☐ Presidente Adjunto

- Órgano de Control
 - ☐ Auditoría Interna
- Órgano de Apoyo
 - ☐ Gerencia de Administración
- Órganos Técnico-Ejecutivos
 - ☐ Gerencia de Compra de Servicios de Salud
 - ☐ Gerencia de Inversiones
 - ☐ Gerencia de Concesión de Servicios de Salud
 - ☐ Gerencia de Servicios Externos
- Órganos Desconcentrados
 - ☐ Gerencias Subnacionales (Regionales o Departamentales) de Servicios de Salud, denominaciones alternativas según se opte por una descentralización por departamentos o por regiones.

Cabe resaltar la labor que cumplirían las Gerencias Subnacionales como órganos desconcentrados del IPPS. Tendrían a su cargo la formulación y evaluación del presupuesto que se asignaría al Instituto para atender el financiamiento de las prestaciones de salud individual en el ámbito de su jurisdicción; concertarían los convenios y contratos que se requieran con los establecimientos hospitalarios de referencia regional y redes de establecimientos de salud u otros proveedores de servicios de salud, y efectuarían los desembolsos respectivos, supervisando, controlando y evaluando su ejecución.

Dichas gerencias proporcionarían su opinión técnica y encauzarían las iniciativas de los proyectos que se presenten al IPPS y efectuarían el seguimiento de la ejecución de la inversión. Asimismo, canalizarían las solicitudes de compra en volumen de medicamentos y de material instrumental y equipo de uso médico, al igual que las solicitudes de asistencia técnica en materia de organización, gestión y calidad de servicios de atención individual que atienda la Superintendencia de Servicios de Salud.

3.2.3. Superintendencia de Servicios de Salud

Al igual que los dos organismos antes propuestos, la Superintendencia de Servicios de Salud estaría organizada como una institución pública descentralizada de nivel nacional, adscrita al sector salud, con personería jurídica de derecho público interno. Gozaría de autonomía administrativa y económica y su titular dependería del Ministro de Salud.

Tendría por finalidad asegurar y cautelar la idoneidad y calidad de los servicios de salud y médicos de apoyo.

Entre sus responsabilidades se pueden señalar las siguientes: contratar, controlar y supervisar el “sistema de garantía de calidad” y a las firmas encargadas de acreditar a los establecimientos de salud, sin importar el régimen bajo el que operen; así como contratar la asistencia técnica orientada a elevar la calidad de los servicios médicos y no médicos de salud, y promover los derechos de los usuarios.

La Superintendencia estaría organizada de la siguiente manera:

- Alta Dirección
 - Superintendente
 - Intendente
- Órgano de Control
 - Inspectoría Interna
- Órgano de Apoyo
 - Gerencia de Administración
- Órganos Técnico-Ejecutivos
 - Gerencia de Acreditación
 - Gerencia de Auditorías de Calidad

Este organismo se formaría sobre la base de la actual Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

3.3. Integración de los establecimientos a cargo del sector público y de EsSalud

La propuesta plantea un nuevo ordenamiento del aparato prestador a cargo del sector público y de EsSalud. La idea consiste en integrar en redes de servicios salud a todos los establecimientos de salud, a excepción de aquellos considerados hospitales de referencia nacional o de referencia regional sin diferenciar si provienen del sector público (incluyendo la Sanidad de las FFAA y PNP) o de EsSalud. Se propone organizar un número adecuado de redes de servicios salud que puede estar en un rango de noventa a cien redes. Cada red deberá tener como mínimo un nivel de resolución para estar en capacidad de atender las atenciones de capa simple que establece la Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud y su reglamento.

Cada red deberá operar en forma autónoma, planteándose algo similar para el caso de los hospitales de referencia nacional y de referencia regional.

3.4. Autonomía para la administración de hospitales y redes de servicios

3.4.1. Autonomía de gestión

Se descentralizaría administrativamente y se concedería autonomía de gestión a las redes integradas de establecimientos y a los hospitales de referencia nacional y de referencia regional. Los hospitales locales y centros de salud una vez organizados en redes de servicios así como los establecimientos hospitalarios (institutos especializados, hospitales nacionales y hospitales regionales) pasarían a ser administrados por entidades autónomas constituidas como personas jurídicas de derecho privado en la forma de asociaciones privadas sin fines de lucro que se constituirían y operarían con arreglo a las normas del Código Civil que rigen a las asociaciones civiles.

Estas asociaciones se conformarían como administradoras de servicios hospitalarios o administradoras de redes de salud.

Cada Administradora estaría a cargo de la administración de un establecimiento hospitalario o de una red. Por excepción, podría autorizarse que cubran dos establecimientos hospitalarios.

La Administradora de Servicios Hospitalarios o la Administradora de Red, una vez otorgada la escritura pública de constitución, entraría en operación luego de suscribir un contrato de administración con el Ministerio de Salud, con EsSalud o con la Dirección Subnacional de Salud (Regional o Departamental), según corresponda.

3.4.2. Contratos de administración

Estos serían contratos de naturaleza administrativa, mediante los cuales el Ministerio de Salud, EsSalud o la Dirección Subnacional, en representación del Estado o de EsSalud, cede a la Administradora de Servicios Hospitalarios o a la Administradora de Red, la administración de la infraestructura, equipos y demás bienes asignados a la red o al establecimiento hospitalario.

Los contratos de administración deberán definir determinados aspectos tales como: (i) el inventario valorizado de la infraestructura, equipos y demás bienes objeto de cesión; (ii) las obligaciones que asume la Administradora respecto del uso, mantenimiento, conservación y reparación de la infraestructura, equipo y

demás bienes que les son cedidos en administración; (iii) las responsabilidades y penalidades que se derivan para la Administradora por el deterioro, pérdida o destrucción de la infraestructura, equipo y demás bienes objeto de cesión; la modalidad, periodicidad y procedimientos para la supervisión e inspección por parte del Ministerio de Salud o de la Dirección Regional o Subregional de Salud, según corresponda, de la infraestructura, equipo y demás bienes cedidos en administración a la Administradora.

Toda mejora que la Administradora introdujese en la infraestructura, equipamiento y demás bienes objeto de la cesión se reputan efectuados a beneficio de EsSalud o del Estado, sin que ello acarree la obligación de restituir el valor de dichas mejoras.

En ningún caso podría otorgarse a la Administradora poder de representación para disponer, a cualquier título, de los bienes muebles e inmuebles cedidos en administración, con excepción de los bienes muebles declarados de baja por razón de su obsolescencia técnica, excedencia, mantenimiento o reparación onerosa y destrucción parcial del bien.

La declaratoria de baja se haría por resolución del Ministerio de Salud, de EsSalud o de la Dirección Subnacional correspondiente, previo informe técnico de la entidad habilitada para tal fin. La respectiva resolución determinaría el destino final de los bienes dados de baja, los mismos que podrían ser transferidos a otra entidad del sector público de salud, vendidos en subasta pública, destruidos o incinerados.

Los contratos tendrían una vigencia de cinco años y podrían ser renovados por períodos iguales.

El patrimonio social de la Administradora estaría constituido por los aportes que realiza, en su caso, el Ministerio de Salud, EsSalud o la dirección subnacional al momento de su constitución y por los bienes que éste adquiera a cualquier título. En el caso eventual de la liquidación de la Administradora, los bienes o patrimonio resultante de la liquidación quedarían a beneficio de EsSalud o del Estado de acuerdo a quien lo aportó.

3.4.3. La organización de la Administradora

La Administradora estaría conformada por la Asamblea General de Asociados, el Consejo Directivo y la Gerencia.

- *La Asamblea General de Asociados.* Estaría integrada por dos representantes del Estado, uno de EsSalud y dos representantes de la sociedad civil. En el

caso de las redes integradas, los representantes del Estado serían designados por resolución del Ministro de Salud y de la máxima autoridad de EsSalud, y los delegados de la sociedad civil serían designados por las organizaciones más representativas de la localidad.

Para la conformación de la Asamblea, la designación de la mayoría (tres representantes) correspondería al Ministerio de Salud o a EsSalud, dependiendo de la adscripción de origen del establecimiento hospitalario, y la representación minoritaria (dos delegados) concerniría a la sociedad civil.

La Asamblea General de Asociados siempre estaría integrada por un número impar de miembros no mayor de cinco. Sus funciones consistirían en: aprobar las cuentas, balances y memoria anual de la asociación; designar a los miembros del Consejo Directivo de la asociación y removerlos del cargo; autorizar la suscripción de los contratos de administración y de los acuerdos de gestión.

- *El Consejo Directivo.* Estaría conformado por tres miembros designados por la Asamblea General con el voto de más de la mitad del número de asociados. Dicho Consejo sería renovado cada dos años.

Sus funciones serían fundamentalmente las siguientes: aprobar el plan de desarrollo de mediano y largo plazo, así como la política de la asociación; designar al gerente de la asociación y a su equipo luego de realizar un concurso público de méritos, además de supervisar los actos de la gerencia; elaborar y proponer, para la aprobación de la Asamblea General de Asociados, las cuentas, balances y memoria anual de la asociación, dando cuenta a la misma del cumplimiento de los planes de desarrollo y de la política de la asociación, al igual que otras funciones que se establezcan en los estatutos.

- *La Gerencia.* Sería responsable de la administración de los bienes de la Administradora y de la infraestructura, equipos y bienes cedidos en administración a través de contrato, así como de los recursos financieros que se transfieran a la asociación para la producción de los servicios de salud. Elaboraría y propondría, para su aprobación por el Consejo Directivo, el plan de desarrollo de mediano y largo plazo, así como la política de la asociación.

El gerente ejerce la representación legal de la asociación. Tanto el gerente como el personal que desempeña cargos en la gerencia serían seleccionados y designados por el Consejo Directivo, previo concurso público de méritos. Serían contratados por un período de un año renovable y evaluados periódicamente por dicha instancia.

No deberían desempeñar el cargo de gerente ni prestar servicios en la gerencia los miembros de la Asamblea o del Consejo Directivo ni el personal que presta servicios para el Estado, cualquiera sea la modalidad de contratación o régimen laboral a que esté sujeto, ni quienes estén incurso en algún otro impedimento que establezcan las normas.

En una primera fase, la producción de los servicios a cargo de la Administradora, así como la asignación y transferencia de recursos financieros que realice el Ministerio de Salud, EsSalud o la Dirección Subnacional, en su caso, se regiría por acuerdos de gestión que tendrían una vigencia anual. El acuerdo de gestión sería un instrumento contractual de naturaleza administrativa.

3.4.4. Acuerdo de Gestión

Sería suscrito por el Gerente de la Administradora como representante legal de ésta y el Instituto de Previsión y Prestaciones de Salud.

El acuerdo de gestión establecería los compromisos que asumen las partes en relación con el cumplimiento de las metas de cobertura, de producción y de calidad de los servicios, así como de eficiencia en la producción y gestión de los servicios de atención individual. La resolución del respectivo acuerdo de gestión sería causal de resolución automática del contrato suscrito con la Administradora para la administración de los bienes asignados a la red o al establecimiento hospitalario correspondiente.

El acuerdo de gestión debería contener, como mínimo, los siguientes aspectos: (i) los objetivos que se trazan para el mediano y largo plazo y los objetivos anuales objeto del acuerdo; (ii) el programa de producción del establecimiento hospitalario; (iii) los requerimientos de información sanitaria, de producción y de gestión financiera que debe cumplir la red o el establecimiento hospitalario, así como la forma y la periodicidad para su transmisión a los niveles correspondientes; (iv) la modalidad de asignación y transferencia de los recursos para el financiamiento del programa de producción; (v) la asignación y programación de los ingresos generados por las contribuciones de los usuarios de los servicios del establecimiento, así como la modalidad y periodicidad para la rendición de cuentas sobre su uso; (vi) el régimen de incentivos a ser aplicado al personal; (vii) la programación y asignación de los recursos de inversión en infraestructura, equipamiento y la capacitación de los recursos humanos, requerida por la red o el establecimiento hospitalario; (viii) el monto que podría ser destinado por la Administradora para atender sus gastos de operación, que podría estar en el rango del 2% al 5% de los recursos que se le transfieren para el financiamiento del programa de producción correspondiente; (ix) las bandas tarifarias en función a precios referenciales dentro de las cuales se podría fijar el monto de las tarifas de los servicios que presta con cargo a subsidio

estatal total o parcial; (x) la modalidad, periodicidad y procedimientos para el seguimiento y evaluación del programa de producción y para la supervisión de la ejecución del acuerdo de gestión y el control en el uso de los recursos que se asignan a la Administradora, y (xi) las responsabilidades y penalidades que se derivan para las partes por el incumplimiento de las obligaciones que asumen.

3.4.5. Programa de Producción

El Programa de Producción definiría: (i) los objetivos y metas a ser alcanzados en el año; (ii) los servicios a producir por la red o el establecimiento hospitalario; (iii) las metas de cobertura, de producción y de calidad de los servicios y la estrategia para lograrlas; (iv) el estimado de los costos directos e indirectos de producción por servicios, y (v) el presupuesto mensualizado de actividades y toda fuente de financiamiento.

3.4.6. Responsabilidades del Instituto de Previsión y Prestaciones de Salud

En el marco de los contratos de administración y de los acuerdos de gestión que se celebran, correspondería al Instituto de Previsión y Prestaciones de Salud: (i) definir el programa de producción, con participación del gerente de la Administradora; (ii) asignar y transferir los recursos financieros necesarios para asegurar el cumplimiento de las metas establecidas en el programa de producción; (iii) supervisar y evaluar el cumplimiento del acuerdo de gestión; (iv) promover la acreditación de los servicios y las auditorías de garantía de calidad de los servicios de la red o del establecimiento hospitalario; (v) auditar, ya sea directamente o través de terceros contratados para tal fin, el uso de los recursos financieros transferidos a la Administradora; (vi) aplicar los criterios para la identificación de los beneficiarios que requieran subsidio estatal total o parcial; (vii) aplicar las bandas tarifarias en función a precios referenciales dentro de las cuales el Patronato de Gestión de Servicios Hospitalarios podrá fijar el monto de las tarifas de los servicios que presta con cargo a subsidio estatal total o parcial, así como a sistemas de pre-pago u a otros mecanismos de carácter contributivo, y (viii) recibir de la Administradora el petitorio a fin de trasmitirlo al OPD a cargo de la intermediación para la compra en volumen de medicamentos, insumos y de material instrumental y equipo de uso médico, así como asistencia técnica en materia de gestión de servicios con cargo a los recursos financieros asignados a éstos.

3.4.7. Responsabilidades de las administradoras de red o del establecimiento hospitalario

En el marco de los contratos de administración y de los acuerdos de gestión correspondería a las administradoras de red o de establecimiento hospitalario: (i)

mantener, conservar y cuidar la infraestructura, equipo y demás bienes asignados a la red o al establecimiento hospitalario bajo su administración, así como destinarlos a los fines estipulados en el respectivo contrato de administración; (ii) dar aviso inmediato a EsSalud, al Ministerio de Salud o a la Dirección Subnacional de Salud, según corresponda, de cualquier usurpación o imposición de servidumbres que se intente contra los bienes objeto de cesión; (iii) informar a EsSalud, al Ministerio de Salud o a la Dirección Subnacional de Salud, según corresponda, sobre la ubicación, valorización, estado de conservación y demás características que permitan identificar los bienes muebles e inmuebles que adquiera con cargo a los recursos de inversión que se le transfiera; (iv) informar al Instituto de Previsión y Prestaciones de Salud sobre el estado de ejecución del acuerdo de gestión, dando a conocer sobre los avances y problemas en su ejecución; (v) determinar y aplicar la escala de tarifas para la prestación de servicios de atención individual, dentro de los parámetros determinados por el Ministerio de Salud, y (vi) dar cuenta pública y por escrito de la gestión anual de la red o del establecimiento hospitalario a su cargo.

La Administradora estaría facultada para contratar personal y otorgar incentivos remunerativos al personal de la red o del establecimiento bajo su administración en función de su productividad, así como adquirir bienes y contratar los servicios a terceros que requiera para la prestación de los servicios de salud.

El personal de la red o del establecimiento bajo gestión de la Administradora puede optar por mantenerse en el régimen laboral y de pensiones al que pertenece. Sin embargo, el personal que se incorpore a partir del contrato de administración quedaría sujeto al régimen laboral y de pensiones que rige para la actividad privada.

La administración de los recursos financieros que se transfiere a la Administradora para la producción de servicios en la red o el establecimiento hospitalario a su cargo, así como los que obtiene por la acción contributiva de los usuarios de dichos servicios, quedan exceptuados de las normas relativas a los sistemas administrativos, con excepción de las referidas al Sistema Nacional de Control cuando se traten de recursos del Tesoro Público.

4. Estrategia para la instrumentación de la propuesta

4.1. Consideraciones generales

La aplicación de la propuesta de reestructuración institucional dependerá del nivel de aprobación y respaldo que pueda generarse respecto a los cambios globales que se plantean como resultado de trabajos y debates, tal como el convocado por el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES).

Ha de señalarse que cualquier propuesta de reestructuración institucional no tiene mayor sentido si no se aplica dentro de un planteamiento paradigmático orientado a resolver los grandes problemas del sector. Los aspectos institucionales tienen su importancia pero también sus limitaciones en la medida que son sólo una parte complementaria y articulada de un conjunto sistémico de alta complejidad.

Conviene mencionar que en las últimas décadas y tal vez antes, los elementos sectoriales no operaron como conjunto, es decir actuaron en forma desarticulada y asistémica, debido a que desde los niveles de conducción se perdió, no se tuvo o no se logró entender que para su adecuada conducción y funcionamiento se requiere una visión holística y comprensiva y una intervención coherente y articulada en múltiples frentes.

Este hecho es explicable dado que sin excepción los responsables del sector estuvieron pendientes de la crisis que vive el país que por su naturaleza prolongada ha generado una inestabilidad crónica a lo largo de más de tres décadas. Ello ha ocasionado innumerables problemas coyunturales que han exigido la atención de las autoridades y concentrando las intervenciones en resolver lo urgente, perdiéndose la visión de lo importante.

Existen razones suficientes para afirmar que la conducción del sector salud en las últimas décadas no ha sido lo más acertada y que cabe plantearse profundos cambios que abarquen la totalidad del sistema con un enfoque comprensivo. Se deberá partir de un diagnóstico y un análisis para formular un planteamiento global de reforma y planteamientos específicos para cada uno de los componentes.

Esto exige, desde luego, propiciar un amplio debate en la esfera política en el que participen los partidos y grupos políticos, una representación de la sociedad civil, los gremios profesionales de salud, así como otros sectores que si bien no tienen ingerencia directa en asuntos de salud se ven igualmente afectados por las decisiones que se adopten, tal es el caso de las centrales sindicales o los gremios empresariales.

Es de suma importancia la creación de consenso en materia de salud aun cuando este proceso tome su tiempo. Un debate amplio y democrático debe contribuir a reducir el riesgo de politizar el tema por falta de información, y a superar presiones de grupos de interés que aunque legítimos contravienen el interés general.

La situación económica del país constituye una seria limitante para emprender una reforma comprensiva, por lo que es importante desarrollar una estrategia basada en aquellos aspectos que son prioritarios a la vez que desencadenantes de cambios.

Asimismo, deberá tenerse presente que el esfuerzo ha de orientarse a maximizar el empleo de los recursos movilizándolos donde éstos pueden resultar más productivos.

Es importante tener en cuenta que a diferencia de las normas de organización y funciones de otros ministerios, el del Ministerio de Salud contiene en el reglamento de la Ley de Organización y Funciones una norma que delega a una resolución ministerial la posibilidad de hacer cambios y ajustes a la estructura y funciones de los órganos del Ministerio. Esto, ciertamente, es algo irregular, pero existe, y es una posibilidad no despreciable que puede aprovecharse para realizar los cambios básicos al interior del Ministerio.

Es posible, inclusive, que en el seno del Ministerio pueda organizarse una unidad administradora del financiamiento de los servicios, que fue el paso que se dio al crearse el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión.

Sin embargo, para realizar cambios institucionales en el sector se deberá aprobar una nueva Ley de Organización y Funciones del Ministerio. Mediante esta Ley se crearían los organismos públicos descentralizados y se determinarían los recursos institucionales sobre los que se constituirían, dejando la definición de su organización y funciones para una norma de decreto supremo.

Algo que valdría la pena evaluarse es la conveniencia y la oportunidad de presentar al Congreso de la República dicha ley en el momento en el que se piensa iniciar los cambios institucionales, o avanzar con los cambios para posteriormente formalizarlos con la ley.

4.2. Medidas a desarrollar en el corto y mediano plazo

4.2.1. Separación de funciones de acuerdo a atribuciones

Se ha señalado que uno de los ejes de la propuesta consiste en diferenciar las funciones que por su naturaleza corresponden a atribuciones de gobierno, es decir aquellas que tienen capacidad de condicionamiento (de obligatorio cumplimiento) o *jus imperium*, y que atañen o son reservadas al Ministerio de Salud, de otras que podríamos denominar funciones ejecutoras, es decir aquellas vinculadas a la aplicación de las normas de gobierno o al desarrollo de actividades de apoyo o servicios que pueden ser transferidas a organismos que no ejercen ni deben ejercer atribuciones de gobierno.

En este sentido, luego de un análisis exhaustivo, será posible ir determinando qué funciones y actividades que actualmente se desarrollan al interior del Ministerio pueden ser desplazadas a otros organismos. Aquellas vinculadas a la salud

colectiva podrían ser transferidas al Instituto Nacional de Salud hasta el momento en que se organice el Centro de Control de Riesgos y Enfermedades. Aquellas relacionadas con el dominio de la salud individual pueden ir separándose al interior del Ministerio hasta que se cree el Instituto de Previsión y Prestaciones de Salud.

4.2.2. Funciones de conducción sectorial y de información de salud pública y de salud individual claves para la reforma sectorial

De lo planteado en la propuesta debe quedar claro que para tener una visión cabal de los problemas del sector, la ubicación dentro del sector es asunto clave. El Ministerio de Salud, por esta razón, se convierte en el centro del sistema y en el componente crucial del sistema de información que debe procesar y analizar una gran cantidad de datos, ordenarlos, valorarlos y emitir los mensajes correctos y oportunos a cada elemento a través de las innumerables ramificaciones que conectan el sistema.

Al interior del Ministerio son dos las funciones fundamentales que deben reforzarse: la de conducción sectorial a cargo de la Alta Dirección y la de información, función que comparten la Oficina de Información que procesa y produce la inteligencia para la toma de decisiones y varios órganos de línea del Ministerio, tanto la Secretaría de Salud Colectiva, en especial el Área de Vigilancia Epidemiológica como la Secretaría de Salud Individual, en particular el Área de Políticas Previsionales y Prestacionales que obtienen su información de los niveles operativos y descentralizados. Ambas funciones deben recibir atención prioritaria para desarrollar nuevas capacidades. Al interior de la Alta Dirección se ha planteado la división de funciones donde el Vice-ministro asume la administración interna del Ministerio y el Ministro se concentra en las tareas de conducción del dominio sectorial.

Con este propósito, el Ministro debe contar con el Gabinete del Ministro que debe reunir a profesionales con alto grado de experiencia y calificaciones, pudiendo estar conformado por funcionarios del sector, que sean convocados para cumplir con la tarea de conducción sectorial.

En la medida que el Gabinete debe reunir a profesionales de diversas disciplinas, la contratación de profesionales jóvenes, con niveles de excelencia en programas de post-grado, para complementar las capacidades existentes no debe ser muy numerosa. La operación del Gabinete es absolutamente indispensable y debe recibir el respaldo político del Ministro de turno y gozar de una remuneración adecuada que permita retener a los profesionales que lo conforman, como elementos de la carrera pública.

En los últimos años, en el campo de la vigilancia epidemiológica, se han desarrollado programas de formación de epidemiólogos. Resultará importante convocar a estos profesionales que deben estar dispersos en todo el sector y ubicarlos en lugares estratégicos. Lo óptimo sería contar eventualmente con un epidemiólogo en cada una de las redes de servicios de salud, pero en tanto ello no sea factible se deberá ubicar al menos uno en cada Dirección Departamental de Salud e ir generando progresivamente las capacidades locales del sistema. Aquellos que cuenten con un mayor grado de experiencia deberán concentrarse tanto en el actual Instituto Nacional de Salud, que, como ha sido señalado, deberá servir como base del Centro de Control de Riesgos y Enfermedades, a cargo de la conducción del sistema de vigilancia epidemiológica, así como en la Secretaría de Salud Colectiva que debe asumir la tarea del diseño de la política de salud colectiva y de la correspondiente regulación en ese dominio sectorial.

Con ese objetivo, se deberán ir constituyendo equipos básicos conformados por un número reducido de funcionarios en el entendido que éstos representan los elementos germinales de la nueva estructura sectorial.

En el dominio de la salud individual, el problema no es tan severo, debiendo el énfasis concentrarse en mejorar los procesos de registro e ir concordando los sistemas de la seguridad social con los sistemas públicos de salud que se llevan a cabo en el ámbito de los establecimientos, encauzándolos a generar sistemas de registro en el nivel de red y su posterior consolidación y análisis en el nivel departamental y central.

4.2.3. Aprobación de una nueva Ley de Organización y Funciones

Se sugiere contar con la aprobación de una nueva Ley de Organización y Funciones que facilite los cambios y que evite acciones de amparo que es muy probable que se produzcan en el momento en que se afecten las actuales estructuras de poder del Ministerio de Salud. El problema radica en el hecho de que la aplicación de la Ley demandaría recursos adicionales para crear e implementar la nueva institucionalidad y es probable que en la situación actual y en la de los próximos años, estos recursos no sean otorgados por el Ministerio de Economía y Finanzas, salvo que el Gobierno gestione un préstamo con este propósito.

La otra opción, que entraña ciertos riesgos, es la de ir realizando al interior del Ministerio cambios que no impliquen crear nuevas instituciones. Así, el Ministerio de Salud podrá ir progresivamente acercándose a la especialización planteada en la propuesta para formalizar luego, en la ocasión propicia, los cambios mediante la aprobación de la Ley de Organización y Funciones.

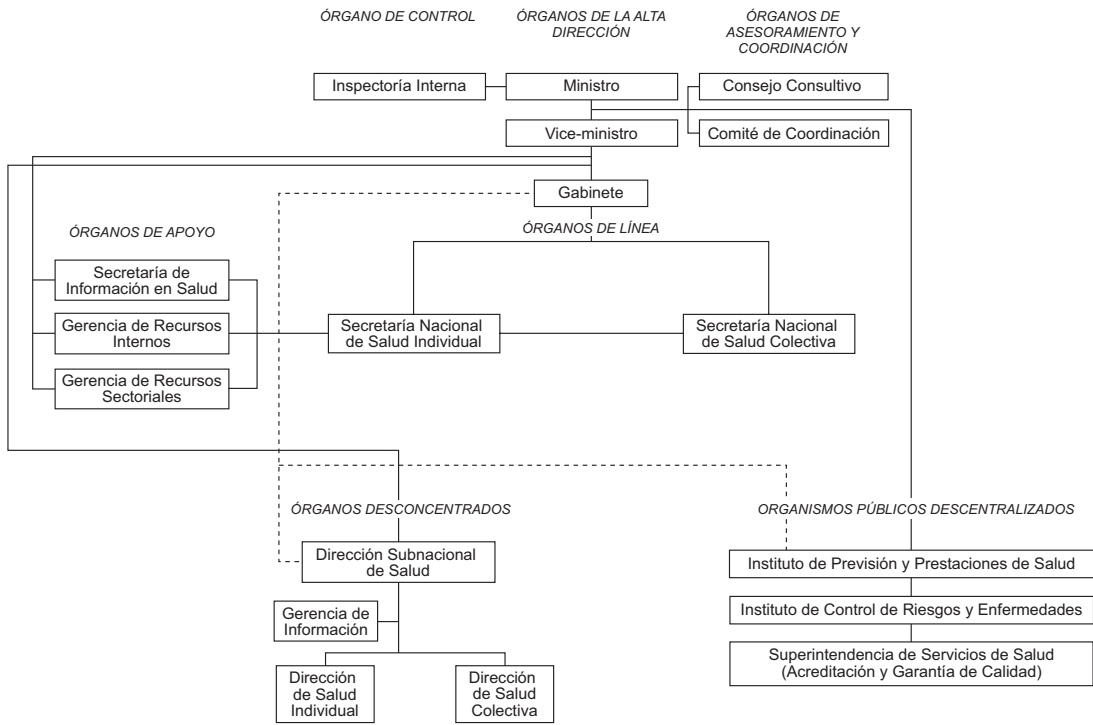
4.2.4. La función de administración financiera

La propuesta plantea la unificación en el Instituto de Previsión de Prestaciones de Salud, de la administración financiera de los servicios de salud individual tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado. Se propone, además, que el mencionado Instituto se establezca sobre la base del actual sistema de compra del valor bruto de producción que ha desarrollado la seguridad social (EsSalud).

Ello sería lo ideal, no obstante, éste es un planteamiento que sólo puede hacerse efectivo en el mediano plazo en la medida que los regímenes administrativos de uno y otro sistema son tan distintos que obligan a pasar por un proceso de concordancia para acercar y hacer que éstos resulten compatibles.

En tanto dicho proceso se desarrolla, lo aconsejable es que el Ministerio de Salud constituya un equipo básico en su interior que asuma la relación de financiamiento con los establecimientos hospitalarios y con las redes que se vayan constituyendo a través de la negociación de acuerdos de gestión. En la medida que los sistemas operativos del sector público se acerquen al sistema de EsSalud, que tiene más tiempo de desarrollo y que se ha ido perfeccionado será posible su integración bajo el manejo de una única institución.

**Gráfico 1
Ministerio de Salud**



**Gráfico 2
Órganos de línea del Ministerio de Salud**

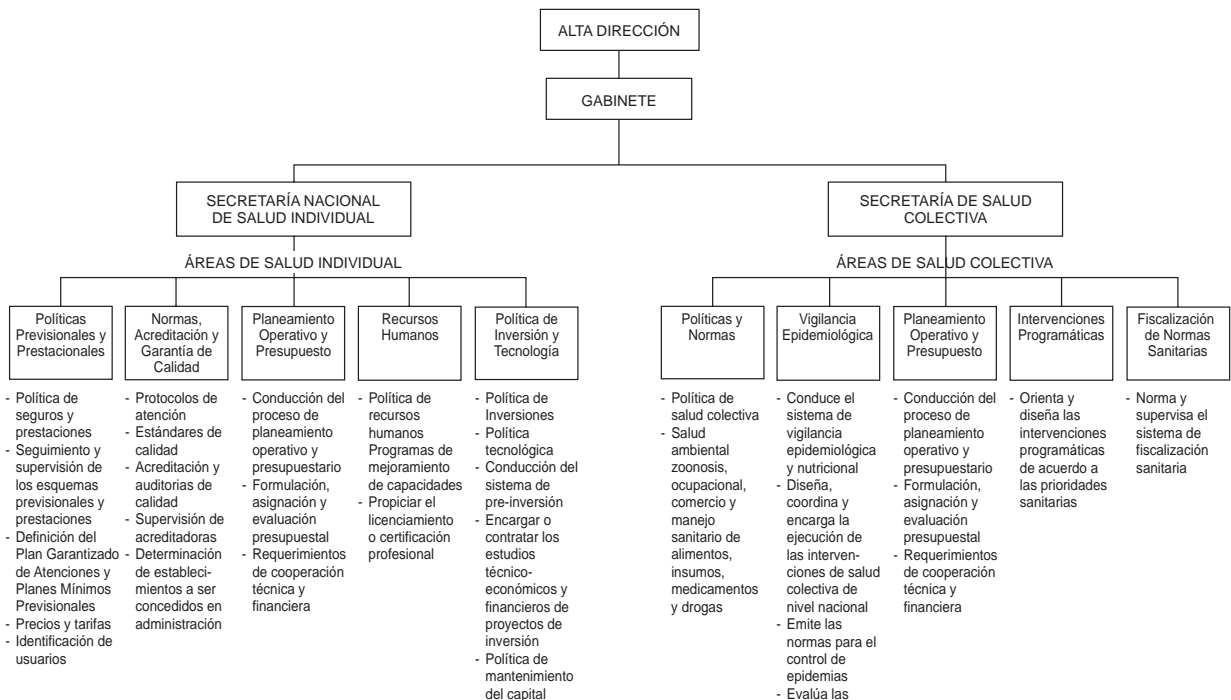


Gráfico 3
Marco institucional - Sistema previsional y de prestaciones de salud

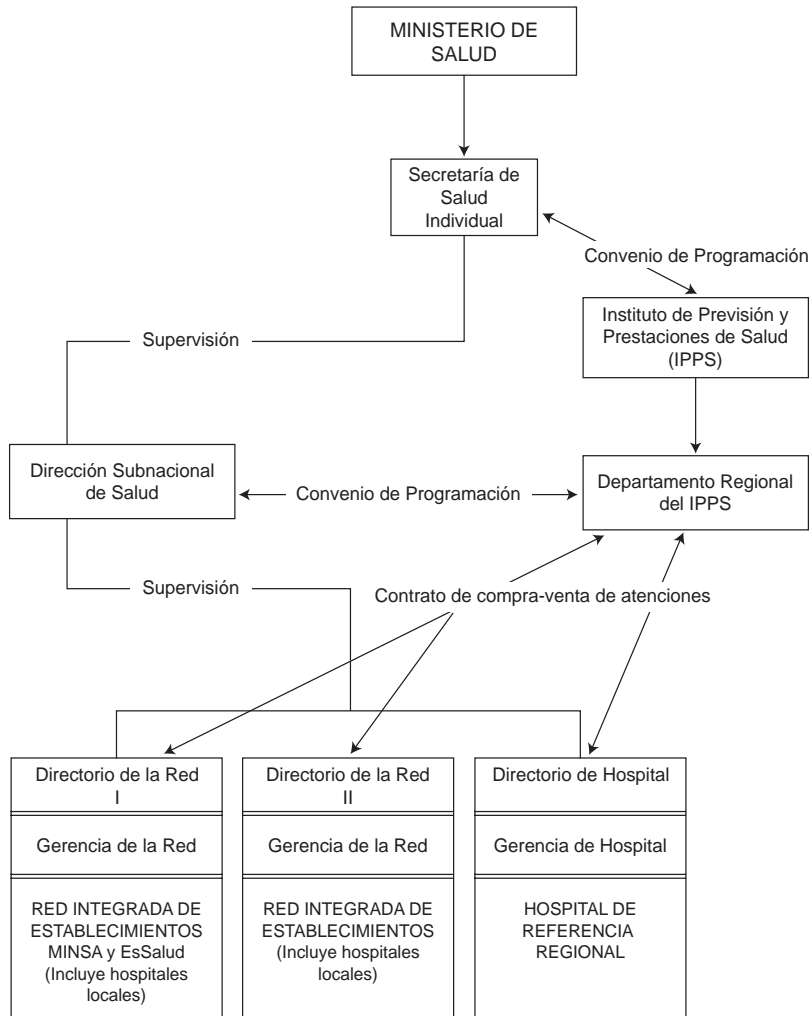
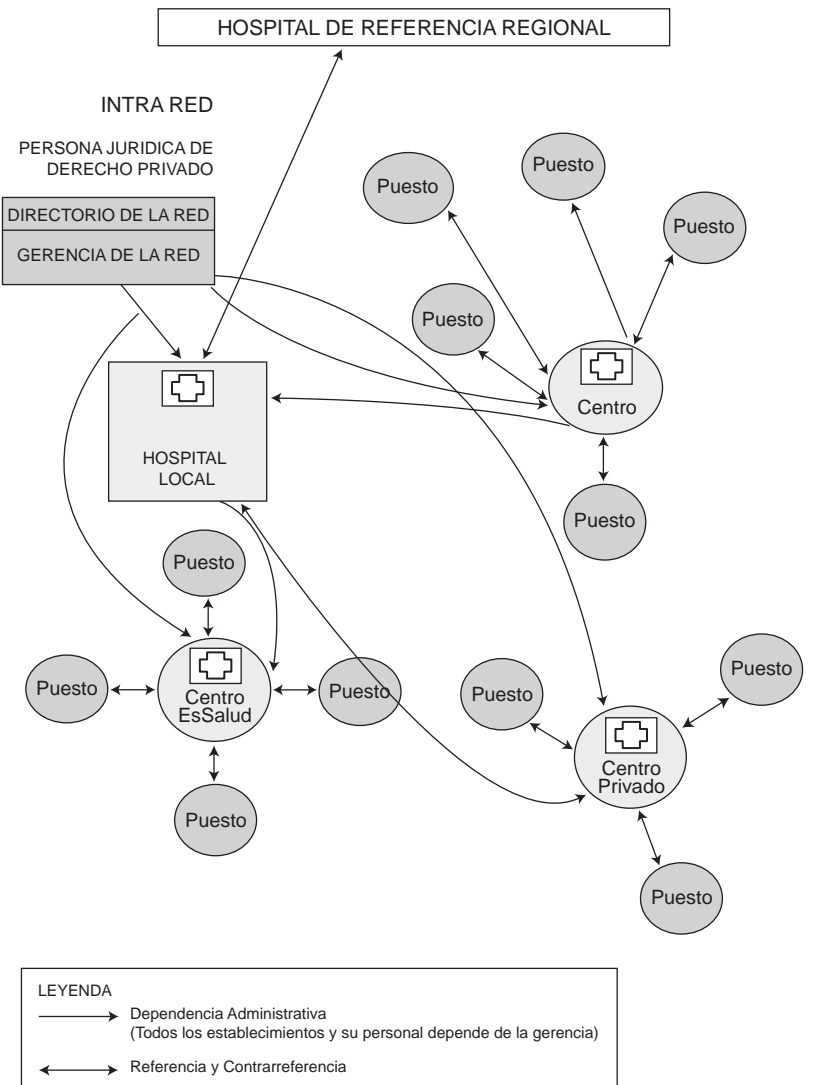


Gráfico 4
Red integrada de servicios



Balance General

Existe una problemática institucional que afecta la gobernabilidad del sector y que tiene como consecuencia la ineficacia y ineficiencia en el empleo de recursos —tanto públicos como privados—, una deficiente calidad de los servicios y una pobre atención a los pobladores. Los problemas son tanto de carácter estructural, como funcionales y culturales.

Problemas identificados

- Ausencia de visión sistémica y de conjunto. Como consecuencia, las políticas dejan de atender problemas críticos o lo hacen sólo parcialmente. Nula capacidad de planeamiento estratégico que sea comprensivo del sector en su totalidad.
- Se ha intentado enfrentar los problemas de salud pública casi exclusivamente con programas verticales de forma fragmentada incurriendo en mayores costos y en la duplicación de actividades que afectan la calidad del gasto. Se da poca importancia al cambio de la cultura sanitaria y a la corresponsabilidad del Estado y del individuo en la salud.
- Falta de coordinación entre la seguridad social y el MINSA que ha llevado a la inconveniente localización de la infraestructura hospitalaria de ambos subsectores y a una irracional inversión en tecnología.
- Contención de la demanda, largos tiempos de espera, deficiente calidad y escasa presencia de EsSalud en el interior del país que obliga a MINSA-CTAR a atender a una parte de los asegurados.
- Inestabilidad en los cargos políticos y técnicos. La consecuencia es una visión de corto plazo o la interrupción de los proyectos de largo plazo, así como una incertidumbre que lleva a la parálisis o a la postergación de políticas.

- Bajo nivel de calificación del personal de la función pública, escasez de profesionales de las ciencias sociales (sociólogos, economistas y especialistas en organización y gestión) que permitan formar equipos multidisciplinarios y polivalentes para la solución de problemas.
- Carácter cerrado, tradicional y verticalista de la institución que se manifiesta en la costumbre de normar y regular sin consultar a las instituciones y personas afectadas. Como consecuencia, muchas de estas reglas y normas deben ser revisadas o derogadas luego de su aplicación. Existe, además, la tradición de designar cargos de manera arbitraria y de imponer castigos a los que muestran ideas propias.
- Mezcla de funciones de gobierno, con administración del financiamiento y prestación de servicios que no permite lograr eficacia y eficiencia en ninguno de estos campos.
- Sistema prestador de servicios desarticulado, inoperancia de esquemas de referencia y contrarreferencia. Normas administrativas y de personal rígidas que conspiran contra una administración eficaz y eficiente.

Recomendaciones

- *Incorporar una visión global del sector.* Ampliar la percepción que el MINSA tiene del sector (limitada al gobierno del sector público de salud y a los servicios que éste brinda) de modo que incluya a EsSalud, las Sanidades de las FFAA y PNP y el sector privado y que contemple que la salud es afectada por factores intersectoriales.
- *Reforzar la planificación como función primordial del MINSA.* Establecer un Gabinete Ministerial especializado en planeamiento estratégico y formación de políticas públicas que apoyen la gobernabilidad del sector.
- *Simplificar y ordenar la administración del MINSA.* Diferenciar y separar la función reguladora y de gobierno, que debe ser asumida por el MINSA, de las de administración financiera y de producción de servicios, que deben ser asumidas por otras instituciones. En este esquema de especialización, las funciones o actividades administrativas deberán ser transferidas, de acuerdo a su naturaleza, a organismos públicos descentralizados creados para tal fin.
- *Reemplazar la organización piramidal por una organización plana.* Aplicar un nuevo marco conceptual para reformar las instituciones del sector, basado en un Estado que delega funciones y opta por una organización plana y horizontal

capaz de integrar mejor las respuestas a los problemas mediante una organización flexible compuesta de equipos multidisciplinarios y polivalentes.

- *Integrar a los establecimientos de salud.* Organizar los más de seis mil establecimientos públicos de salud del primer y segundo nivel (hospitales locales, centros y puestos de salud) en redes de servicios de salud. Implantar una nueva organización que, además de contar con un permanente soporte técnico, asegure una efectiva coordinación interinstitucional e intersectorial.
- *Reorientar la transferencia de recursos.* Autonomizar los grandes hospitales y las redes de establecimientos. La producción y financiamiento de los hospitales y las redes de establecimientos estarían supeditados a la negociación de acuerdos de gestión o contratos de administración, adoptando nuevas modalidades de pago a los establecimientos de salud vinculadas a la producción o resultados obtenidos por sus prestaciones. Orientar el presupuesto público a la atención de necesidades de la población objetivo del Estado (población de menores ingresos) y diseñar mecanismos de compensación que eliminen el subsidio cruzado.
- *Coordinar las decisiones de inversión.* Aplicar las normas ya aprobadas de pre-inversión, incluir a EsSalud, las Sanidades de FF.AA, la P.N y a los gobiernos regionales, y supeditar estas normas a la política de inversiones del sector, evitando el sobre dimensionamiento y la duplicidad.
- *Reorganizar y reformar los programas de salud.* Reorganizar los programas verticales y reformarlos sobre la base de análisis y estudios epidemiológicos que sirvan para establecer las prioridades sanitarias combinando una estrategia nacional con planificación descentralizada. Otorgar un mayor énfasis a las acciones de promoción de la salud.
- *Mejorar la calidad de los profesionales.* Captar profesionales de excelencia y desplazar al personal no preparado para tareas de gobierno hacia actividades para los cuales tienen habilidades. Establecer un funcionariado de carrera de nivel técnico – político a fin de asegurar mayor estabilidad a las políticas y objetivos de largo plazo.
- *Fomentar la participación ciudadana.* Instaurar e instalar una nueva cultura de institución abierta a la participación de otras instituciones y personas en la formulación de políticas.

IV. DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

OSCAR UGARTE UBILLUZ⁵

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).

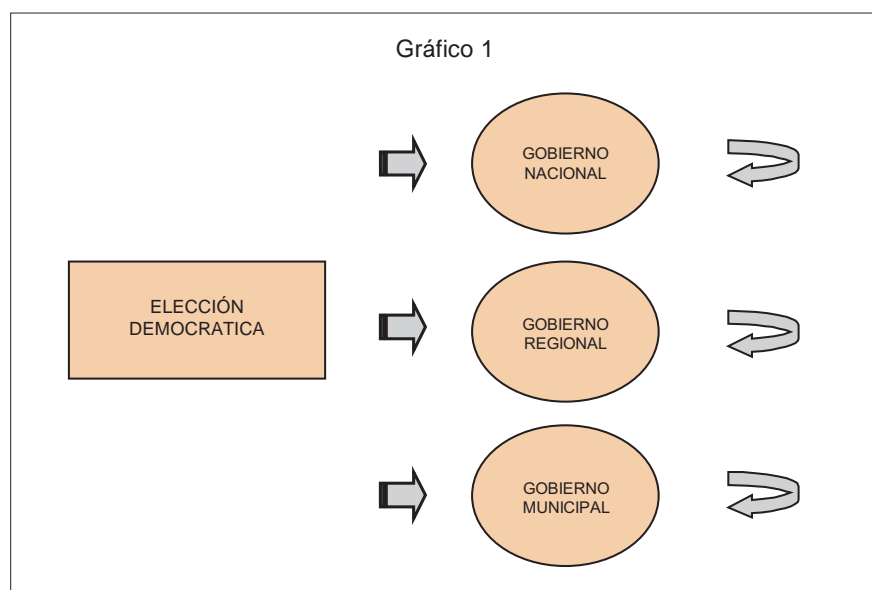
De acuerdo a la norma constitucional, las regiones se constituyen por iniciativa y mandato de las poblaciones pertenecientes a uno o más departamentos colin-

⁵ 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. 190°). 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. 191°). 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 Salud⁶, 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,

⁶ 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)⁷.
- 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.

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 desarrollo 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

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

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 competencias⁸:

- 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.

⁸ 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

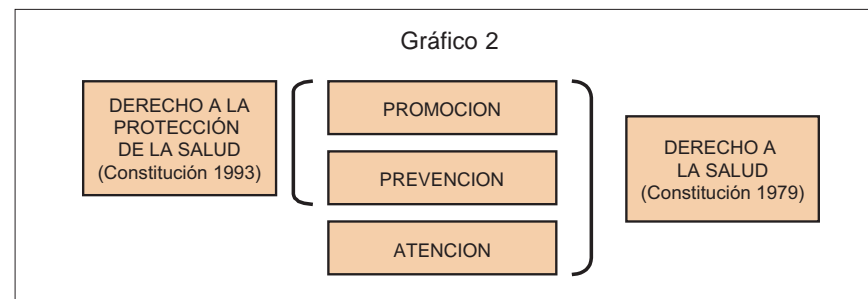
La legislación vigente promueve la participación de los ciudadanos en salud, pero básicamente como usuarios consumidores de un servicio. La norma constitucional de 1993 incorpora la visión de derechos en tanto participantes en el mercado, distinta a la de la constitución de 1979 que reconocía los derechos 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			
	Administración Financiera	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				
MUNICIPALIDAD PROVINCIAL (Nivel local)				

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 invalorable 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).

BIBLIOGRAFÍA

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.

1. Evolución demográfica y social

Es importante realizar un análisis de los cambios demográficos y sociales ocurridos en el país a fin de poder comprender la actual situación de salud, así como el estado de los sistemas de cuidado de la salud. En realidad, la evolución de la situación de salud de una población y la evolución de su organización sanitaria son consecuencia del desarrollo económico, demográfico, social y cultural de un país. La importancia que pudiera tener el impacto de los servicios de salud debe entenderse al interior de este proceso de determinación.

En las últimas cuatro décadas se ha desarrollado en el Perú un importante proceso de urbanización, unido a un notable incremento de los niveles educativos de la población y a una mayor importancia relativa de la población adulta con respecto a la población infantil. Además, se ha producido una significativa disminución de la mortalidad infantil, una mejora del estado nutricional y cambios sustanciales en los patrones de estilos de vida y alimentación de la población.

De acuerdo al Censo Nacional de 1993, el 70% de la población peruana vivía en áreas urbanas; de este total, el 30% lo hacía en Lima, la capital. La proporción de la población menor de 15 años ha ido disminuyendo, de 43.9% en 1972 a 37% en 1993; mientras que la de 45 a 65 años se incrementó al 20% en 1993. Por otro lado, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) del Perú ha disminuido de 6.8 hijos por mujer en 1961 a 3.4 en 1993. Estos indicadores expresan cambios en la estructura demográfica a pesar de las brechas socioeconómicas y marcan el proceso de envejecimiento de la población del Perú. Sin embargo, esta situación no es homogénea en el país, encontrándose que en los departamentos más pobres la fecundidad ha disminuido a un ritmo mucho menor: mientras que la TGF es de 2.1 en Lima, en Huancavelica es de 5.4 para el quinquenio 1995-2000 (MINSA 1999).

⁹ Médico de la UPCH, con maestría en Salud Pública en la Universidad de Alabama. Consultor e investigador en proyectos de salud.

El número de nacimientos anuales es de aproximadamente 612,000, 60% de los cuales ocurren en el ámbito urbano (361,000 en el ámbito urbano y 251,000 en el ámbito rural). En los próximos años, el número de nacimientos se incrementará en la zona urbana (llegando a 402,000 para el quinquenio 2020-2025), mientras que disminuirá en la zona rural (hasta 171,000 para el mismo quinquenio) (MINSAL/PFSS 1996b).

Los flujos migratorios peruanos se orientan principalmente hacia las áreas urbanas, y la capital limeña continúa siendo la principal receptora de la migración interna. Los procesos de urbanización y modernización generan estilos de vida urbanos alentados por los medios masivos de comunicación, incrementándose los factores de riesgo que coadyuvan a la aparición de enfermedades no-transmisibles: el estrés o las tensiones propias de las exigencias de la rutina cotidiana y de las presiones sociales, el sedentarismo, el tabaquismo, el consumo de alcohol y los hábitos nocivos de consumo de alimentos.

Estudios recientes (Seclén 1997, Liga Peruana de Lucha contra el Cáncer 1998) muestran una tendencia creciente al tabaquismo y al consumo de alcohol, tanto entre los jóvenes como entre los adultos que tienen actividades laborales y en menor medida entre las amas de casa. En el caso de las mujeres, los vínculos laborales y los vínculos sociales han incorporado este comportamiento nocivo como parte de los códigos de pertenencia a los grupos urbanos.

El sedentarismo produce un incremento del sobrepeso y la aparición de la obesidad. Esto es reforzado por hábitos nocivos de conductas alimentarias ricas en grasas. En las áreas urbanas hay un mayor predominio de las grasas saturadas, azúcares y productos refinados, lo que es común principalmente en la "comida rápida".

Se puede concluir que el país tiene un proceso de transición demográfica diferenciada y de desarrollo desigual e inequitativo, principalmente entre la población urbana y la rural. Similar patrón se puede encontrar en el desarrollo económico, social y cultural. Un fenómeno social importante que se ha producido es la incorporación ciudadana de amplios sectores marginados, principalmente de la población analfabeta y rural; esto ha traído como consecuencia un reclamo creciente por llegar a la igualdad en los derechos ciudadanos, entre los que se destacan los derechos de los usuarios de los servicios de salud.

2. Evolución epidemiológica

La situación de salud en la década del 70 era bastante crítica: altas tasas de mortalidad y morbilidad materno-infantil, tanto en las zonas urbanas como rurales

(Varillas y Mostajo 1990, Brito 1983). La tasa de mortalidad general era de 12.8 por mil habitantes y la esperanza de vida al nacer de 55.5 años en el quinquenio 1970-1975 (MINSAL 1999). La mortalidad infantil era de 113 por 1,000 nacidos vivos (Brito 1983), con una marcada diferencia entre la zona urbana y rural. La tasa de mortalidad materna era de 399 por 100,000 nacidos vivos (Brito 1983). Las principales causas de mortalidad general estaban referidas a enfermedades infecciosas y parasitarias (44.2%), dentro de las cuales tenían importancia las relacionadas al deficiente saneamiento (diarrea), las transmitidas por el aire y agravadas por el hacinamiento (neumonía y tuberculosis) y en menor medida las enfermedades inmunoprevenibles (Varillas y Mostajo 1990, Brito 1983). Según datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos de 1971-1972, el 44% de los niños menores de 6 años presentaba desnutrición (déficit de peso para la edad), variando notablemente según la región geográfica, de 19% en Lima Metropolitana a 56% en la sierra y 62% en la selva (Brito 1983). En 1991-1992, se reportó una prevalencia de 34% de retardo en el crecimiento (déficit de talla para la edad) en niños menores de 5 años, con grandes diferencias entre la zona urbana y la rural (25.3% y 53.4% respectivamente) (ENDES 1991-1992).

En la actualidad, ha mejorado el acceso a ciertos servicios de salud del Ministerio de Salud (MINSAL) para grupos que antes se encontraban marginados. Además han mejorado algunos indicadores de salud, en especial el de mortalidad infantil en las zonas urbanas. Esto se debe a que en las tres últimas décadas se han producido algunos cambios que es importante enumerar a continuación: la migración a las ciudades; el aumento del nivel de instrucción de las madres; el acceso a servicios de saneamiento básico por parte de la población; los cambios sustanciales en los patrones de estilos de vida y alimentación; la disminución de la tasa de fecundidad; una mayor importancia relativa de la población adulta con respecto a la población infantil; el desarrollo de servicios en el primer nivel de atención, y el funcionamiento de programas verticales materno-infantiles del MINSAL.

A continuación, se describirá en detalle la evolución de los principales indicadores de salud, sobre la base de la información de las encuestas nacionales de salud y de algunas encuestas realizadas en estudios más específicos, así como de los registros de mortalidad y morbilidad del MINSAL. Es importante tener en consideración la baja confiabilidad de la información procedente de los registros existentes, por los altos niveles de subregistro, que es mucho mayor para el caso de la morbilidad, que representa sólo la patología que es atendida en los servicios del Ministerio.

2.1. Mortalidad general

La tasa de mortalidad general se ha reducido a 6.4 por mil habitantes en 1995-2000, lo que ha llevado a un incremento de la esperanza de vida al nacer a 68.3

años en 1995-2000. Sin embargo, se mantienen diferencias marcadas relacionadas a la pobreza: en Lima la tasa de mortalidad general fue de 4.1 y la esperanza de vida de 76.8 años; mientras que en Huancavelica la tasa de mortalidad general fue de 13.0 y la esperanza de vida de 56.8 años; es decir, una diferencia de 20 años en la esperanza de vida (MINSA 1999).

Las principales causas de mortalidad general en el quinquenio 1994-1998 son mostradas en el Cuadro 1, donde se puede apreciar una disminución significativa de las causas infecciosas y parasitarias, con respecto a lo presentado en la década del 60; asimismo se observa un notable incremento de las defunciones por enfermedades cardiovasculares (de 8.7% en 1972 a 16.29% en el quinquenio pasado), tumores (de 5.6% en 1972 a 13.66% en el quinquenio pasado) y traumatismos y envenenamiento (de 4.9% en 1972 a 9.9% en el quinquenio pasado) (Brito 1983).

Cuadro 1
Causas de mortalidad general en el quinquenio 1994 – 1998

Nº	Causa de Muerte	Porcentaje
1	Enfermedades del aparato respiratorio	18.11
2	Enfermedades del aparato circulatorio	16.29
3	Tumores	13.66
4	Traumatismos y envenenamiento	9.90
5	Enfermedades infecciosas y parasitarias	9.12
6	Enfermedades del aparato digestivo	7.59
7	Enfermedades endocrinas, metabólicas, inmunitarias y de la nutrición	5.72
8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5.31
9	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	4.75
10	Enfermedades del aparato génito-urinario	3.96
11	Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos	1.95
12	Anomalías congénitas	1.12
13	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0.69
14	Trastornos mentales	0.61
15	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0.50
16	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0.46
15	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	0.29
	Total	100.00

Fuente: Ministerio de Salud (www: minsa.gob.pe).

Es importante tener presente el nivel de confiabilidad de estos datos, ya que corresponden sólo a las defunciones registradas en el MINSA, que en 1992 representaron el 50% de las estimadas, y de éstas sólo el 66% tuvieron certificación médica. El nivel de registro y de certificación médica no es uniforme en todo el país, siendo menor en las zonas más pobres. Por ejemplo, en Lima fue de 94% y de 98% en el Callao, mientras que sólo fue de 19% en Apurímac y de 25% en Huancavelica (MINSA/PFSS 1996a).

2.2. Mortalidad infantil y de la niñez

En 1996, la tasa de mortalidad para niños menores de 5 años de edad fue de 59 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil de 43 por mil nacidos vivos (Cuadro 2); ello representa unas 36,600 y 26,800 defunciones anuales respectivamente (Cuadro 3). Al igual que para la mortalidad general, en este caso también se observan grandes diferencias al interior del país: mientras que en Lima estas tasas fueron de 31 y 26 respectivamente; en Huancavelica fueron de 145 y 109 (ENDES 1996), lo que evidencia que la tasa de mortalidad infantil en zonas rurales continúa siendo alta. El 58% de las defunciones en menores de 1 año ocurre en el ámbito rural. La tasa de mortalidad infantil es una de las más altas de América Latina, sólo superada por la República Dominicana, Nicaragua, Bolivia y Haití, países con un ingreso per cápita bastante menor que el de Perú. Aquellos países con un ingreso per cápita similar al de Perú tienen tasas mucho menores: la mitad en Colombia, cuatro veces menor en Costa Rica y cinco veces menor en Cuba (MINSA 1999).

La tasa de mortalidad infantil ha disminuido principalmente en las zonas urbanas y en su componente post-neonatal; sin embargo, el avance ha sido menor en la tasa de mortalidad neonatal, sobre todo en las zonas rurales (Cuadro 2). El componente neonatal representa alrededor del 55%, tanto para las zonas urbanas como para las rurales. La tasa de mortalidad neonatal es el doble en el ámbito rural, lo que se explica principalmente por el escaso acceso a los servicios de control prenatal y de atención del parto: la tasa de mortalidad neonatal fue de 38 por 1,000 nacidos vivos cuando no hubo ningún tipo de atención y de 14 por mil nacidos vivos cuando pudieron acceder al control prenatal y a la atención en el parto (ENDES 1996). Para controlar esta situación en el ámbito rural se requiere un fuerte desarrollo de los servicios básicos e intermedios de atención de neonatos, con eficientes sistemas de referencia y de comunicación.

Cuadro 2
Evolución de la mortalidad neonatal, infantil y de la niñez en las últimas dos décadas

Período	Mortalidad Neonatal	% de disminución	Mortalidad Post-Neonatal	% de disminución	Mortalidad Infantil	% de disminución	Mortalidad en menores de 5 años	% de disminución
Ámbito Urbano								
92 - 96	17	34 %	13	67 %	30	53 %	40	59 %
81 - 85	26		39		65		97	
Ámbito Rural								
92 - 96	34	21 %	28	50 %	62	37 %	86	48 %
81 - 85	43		56		99		165	
Total								
92 - 96	24	31 %	19	63 %	43	50 %	59	58 %
81 - 85	35		51		86		142	

Fuente: INEI, ENDES 1996.

Cuadro 3
Estimación del número de defunciones anuales (1992 -1996)¹⁰

Ámbito	Defunciones Neonatales	Defunciones Post-Neonatales	Defunciones < 1 año	Defunciones de 1 a 5 años	Defunciones < 5 años
Urbano	6,239	4,771	11,010	3,670	14,680
Rural	8,670	7,140	15,810	6,120	21,930
Total	14,909	11,911	26,820	9,790	36,610

Fuente: Ministerio de Salud\Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Análisis de la situación de salud en el Perú. Vol. 2.

En el grupo de niños menores de 5 años, entre las principales causas de mortalidad se encuentra la infección respiratoria (17.7%) y la enfermedad diarreica (8.6%). Estas causas son más importantes en los departamentos más pobres: en Huancavelica las tasas fueron 22 y 33 veces más altas respectivamente que en Lima (MINSa 1999).

2.3. Estado nutricional infantil

El estado nutricional de los niños menores de 5 años ha mejorado en la última década: la prevalencia de retardo de crecimiento ha disminuido en el ámbito nacional de 34% en 1991-1992 a 25.8% en 1996 (ENDES 1996). Sin embargo, esta mejoría se ha dado principalmente en la zona urbana: de 25.3% de retardo de crecimiento en 1991-1992 a 16.2% en 1996 (36% de disminución); mientras que en la zona rural los niveles de desnutrición todavía son altos, aunque han

¹⁰ El número de defunciones por grupo etáreo se ha estimado utilizando las tasas de mortalidad para el quinquenio 1992-1996 (Cuadro 1), para 621,895 nacimientos anuales, con 367,000 en las zonas urbanas y 255,000 en las zonas rurales (quinquenio 1990-1995) (MINSa\PFSS 1996b).

disminuido de 53.4% a 40.4% en el mismo período (24% de disminución) (ENDES 1996). De esta manera, se ha incrementado la importante brecha existente entre los ámbitos urbano y rural.

Por otro lado, la prevalencia de anemia también es alta (57% de los niños menores de 5 años) (ENDES 1996), sin mayor diferencia entre la zona urbana y rural. Igualmente existe prevalencia moderada de déficit subclínico de vitamina A en niños de zonas rurales.

2.4. Mortalidad materna

En las últimas décadas, la razón de muerte materna no ha variado sustancialmente en el país, siendo de 265 por 100,000 nacidos vivos (ENDES 1996), una de las más altas de América Latina, sólo superada por Haití y Bolivia. Existen grandes diferencias entre el ámbito urbano y el rural (203 y 448 respectivamente) (MINSa\PFSS 1996a). Esta tasa equivale a 1,621 defunciones anuales, lo que representa el 5.1% de las muertes femeninas en edad reproductiva. El 60% de estas muertes maternas ocurren en el ámbito rural. En el quinquenio 1994-1998, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio representaron el 0.5% de la mortalidad general (Cuadro 1). Aquellos países con similar ingreso per cápita que el Perú tienen tasas mucho menores: la cuarta parte en Colombia y cinco veces menor en Costa Rica y Cuba (MINSa 1999). La probabilidad de morir por causa materna durante el período reproductivo de la mujer también presenta grandes disparidades al interior del país, y está relacionada al nivel de pobreza: fue de 5.6 por mil en Lima, mientras que en Huancavelica de 18.33 (MINSa\Dirección General de Estadística e Informática 1999).

2.5. Estado nutricional de las mujeres

La prevalencia de déficit de talla es del 15.4% entre las mujeres en edad fértil, siendo de 13.3% en las zonas urbanas y de 19.1% en las zonas rurales. Sin embargo, ello se combina con altas prevalencias de sobrepeso u obesidad del orden de 45%. Por otro lado, las prevalencias de anemia en mujeres en edad fértil y en gestantes son bastante altas (36% de las MEF y 35% de las gestantes)(ENDES 1996).

2.6. Morbilidad por enfermedades transmisibles

En el Perú, la tuberculosis y la malaria constituyen problemas de salud pública y tienen un gran impacto social y económico, al mermar la salud de la población económicamente activa. El SIDA también constituye un problema serio. Por otro lado, se registra casos de cólera, fiebre amarilla, dengue, rabia, bartonelosis, peste, entre otras.

La tuberculosis presenta una tasa de morbilidad que disminuyó en las décadas del 60 y 70, hasta aproximadamente 100 casos por 100,000 habitantes; sin embargo, se produjo un incremento sostenido hasta de 250 casos por 100,000 habitantes en 1992, año en el que se registró 55,018 casos (MINSA\PFSS 1995). A partir de ese año, se ha estado controlando lentamente esta enfermedad, habiéndose registrado 41,758 casos en 1999, con una tasa de 167 por 100,000.

La situación de la malaria ha ido empeorando en las últimas décadas: se presentó un descenso sostenido en las décadas del 40 y 50, presentándose pocos casos en la década del 60 con una tasa de 30 por 100,000 habitantes; sin embargo, desde la década del 70 se observa un incremento sostenido que se ha hecho más marcado desde 1990, habiéndose alcanzado tasas mayores a 800 por 100,000 habitantes después de 1995 (30 veces mayor que en la década del 60 y 3 veces mayor que en 1957), e introduciéndose la forma maligna por falciparum desde 1992 (MINSA 1999, MINSA\PFSS 1995).

El SIDA es otro problema de salud pública: el primer caso se reportó en 1983 y a partir de entonces se ha registrado progresivamente mayor número de casos cada año; en 1998 se notificó 1,734 casos, con un acumulado de 8,349 casos (MINSA 1999). Es importante remarcar que existe un número mucho mayor de personas infectadas con VIH, que se estima alcanzan los 70,000 casos.

Debido al grave deterioro de la situación de saneamiento ambiental, en enero de 1991 se inició una epidemia de cólera en el país, enfermedad no conocida anteriormente. En 1991, el Perú fue el país que reportó el mayor número de casos en el mundo, con 322,562 casos, 119,523 hospitalizaciones y 2,909 defunciones. En 1992, se notificó 239,139 casos, 84,062 hospitalizados y 886 defunciones (MINSA/OGE 1991, 1992). A partir de ese año, la enfermedad ha podido ser controlada, manteniéndose endémica y con un bajo número de casos hasta 1998, cuando se reportó los últimos casos.

La fiebre amarilla se presenta como brotes epidémicos. El número de casos reportados se ha incrementado con respecto al quinquenio 1972-1976. En 1995 se produjo el brote más grave de los últimos 30 años, con 500 casos (MINSA 1999).

La peste se encuentra circunscrita a algunos departamentos del norte del país. En los años 1993-1994 se produjo el brote más grave, con 1,700 casos. Por otro lado, la rabia humana se encuentra controlada en su forma urbana (transmitida por canes), mientras que su forma silvestre (transmitida por vampiros) presenta casos esporádicos en la selva.

En 1990, aparecieron brotes de dengue de grandes magnitudes, cuyo vector (el *Aedes aegypti*) había sido erradicado en 1958. Estos brotes han sido por la

variante no hemorrágica, pero en los últimos años se ha detectado otros serotipos, existiendo el riesgo de la variante hemorrágica (MINSA 1999).

2.7. Morbilidad por enfermedades no-transmisibles

En nuestro país está adquiriendo una importancia creciente la morbilidad y la mortalidad por causas referidas a enfermedades no-transmisibles como la hipertensión arterial, la dislipidemia, la enfermedad isquémica del corazón, los accidentes cerebro vasculares, la diabetes mellitus, los tumores, etc. (las que aumentarán en las próximas dos décadas), así como un incremento de la morbi-mortalidad por agentes externos (accidentes y violencia), existiendo mortalidad no justificada por problemas de resolución quirúrgica en zonas rurales (SEPS 1998, Seclén 1997, MINSA 1999). Es así, que las enfermedades del aparato circulatorio constituyen la segunda causa de mortalidad general (16.29%), los tumores la tercera causa (13.66%) y los traumatismos la cuarta (9.90%) para el quinquenio 1994-1998 (ver Cuadro 1); lo que en conjunto representa el 40% de las defunciones para todas las edades y constituye tres de las cinco primeras causas de muerte.

En Lima Metropolitana, las enfermedades isquémicas del corazón aportan el 6.3% de las defunciones masculinas; por otro lado, las enfermedades cerebrovasculares son causa de muerte del 6.9% de la población femenina. La diabetes mellitus constituye el 2.7% de las defunciones, tanto para la población masculina como para la femenina. La enfermedad hipertensiva es ligeramente menor como causa de mortalidad entre los hombres pues aporta el 2% y para las mujeres un 2.6% (SEPS 1998).

Existen escasos estudios exploratorios sobre la incidencia de estas enfermedades en nuestro país; en 1997 un trabajo de investigación encontró que la prevalencia de diabetes mellitus en Castilla (Piura) fue de 6.7%, en la Urbanización Ingeniería (Lima) de 7.6%, en Tarapoto (San Martín) de 4.4% y en Huaraz (Ancash) de 1.3%. La prevalencia de hipertensión arterial fue del 33% tanto para Lima como para Piura, 21.8% en Tarapoto y 19.5% en Huaraz. La prevalencia de hipercolesterolemia fue de 47.2% en Piura, 22.7% en Lima, 20.4% en Tarapoto y 10.6% en Huaraz. La prevalencia de obesidad fue de 36.7% en Piura, 22.8% en Lima, 17% en Tarapoto y 18.3% en Huaraz (Seclén 1998).

Un importante factor de riesgo que está incidiendo en el incremento de estas enfermedades es el sobrepeso. Aproximadamente el 45% de la población femenina peruana presenta sobrepeso u obesidad (ENDES III 1996). El Proyecto Centinela (MINSA 1999), desarrollado en el distrito de Magdalena del Mar de Lima, encontró que un 38.2% de las mujeres del estudio tenía sobrepeso y 16.4% obesidad, es decir que el 54.6% de la población femenina tenía obesidad o

sobrepeso. En cuanto a varones, se encontró que el 64.8% del total se hallaba en riesgo: 44.8% con sobrepeso y el restante 20% con obesidad.

Esta evidencia muestra que las enfermedades no-transmisibles constituyen en las zonas urbanas de nuestro país un importante problema de salud pública. Como consecuencia del incremento de la esperanza de vida al nacer habrá mayores presiones por demandas de servicios de salud para la población adulta y de la tercera edad en los quinquenios siguientes. Las enfermedades crónicas no-transmisibles asociadas a estos grupos de edad, al no ser atendidas conducirán a discapacidades y a una mala calidad de vida para la etapa final de sus vidas; así como a un incremento sustantivo de los costos hospitalarios y una mayor mortalidad.

2.8. Otros problemas de salud

Es importante resaltar la alarmante y creciente magnitud de problemas por agentes externos (accidentes, violencia y envenenamiento). En el Cuadro 1 se observa que estas causas representaron el 10% de las defunciones registradas (habiéndose duplicado desde 1972). Estos problemas están condicionados por la escasa regulación de la vida social de la población y el poco cumplimiento de las normas existentes. Llama la atención la poca preocupación e intervención de las autoridades de los diversos sectores del Estado en este tema.

Otros problemas que están adquiriendo mayor importancia son la salud ambiental, la salud mental, los accidentes de trabajo y las enfermedades profesionales. Este fenómeno también tiene que ver con la gran lenidad existente en el ámbito estatal y social.

Además, en la actualidad existe una alta prevalencia y demanda por atención de salud en el área de salud dental. Muchos de los problemas mencionados son causados por los malos hábitos de la población y los problemas nutricionales.

2.9. Cobertura de servicios de salud

La Encuesta Nacional de Fecundidad de 1977-1978 reportó que en el último embarazo de las mujeres, sólo el 49.3% había recibido algún tipo de atención prenatal, el parto fue atendido por médico u obstetrix en el 47.8% de los casos y sólo un 34.1% recibió algún control en el puerperio; encontrándose diferencias regionales marcadas (la atención institucional del parto fue de 81.1% en Lima Metropolitana, de 18% en la sierra y de 22% en la selva) y según el nivel de instrucción de las mujeres. Por otro lado, el 61.1% llevó a controlar la salud de sus niños en los primeros meses de vida y el 69.2% los llevó a vacunar; igualmente se encontró diferencias similares a las antes mencionadas según el nivel de instrucción de las madres.

En el quinquenio 1987-1991 (ENDES 1991-1992), 63.9% de las gestantes tuvieron algún control prenatal por médico u obstetrix (sólo 14.6 puntos porcentuales más que 3 quinquenios antes); mientras que la asistencia profesional del parto fue de 52.5% (sólo 4.7 puntos porcentuales más que 3 quinquenios antes), con importantes diferencias regionales (94.3% en Lima Metropolitana y 18.7% en las zonas rurales) y según el nivel de instrucción de las mujeres. Es importante anotar que la cobertura de atención del parto tuvo un decrecimiento de 2.3 puntos porcentuales con respecto al quinquenio anterior.

De acuerdo a los resultados de la ENDES III realizada en 1996, el 67.3% de las mujeres recibió algún control prenatal por profesional de salud, sea médico, obstetrix o enfermera (sólo 3.4 puntos porcentuales más que el quinquenio anterior y 18 puntos porcentuales más que dos décadas anteriores); existiendo importantes diferencias por nivel de pobreza: 81.4% en la zona urbana y 46.8% en la zona rural. Entre los embarazos de alto riesgo por orden de nacimiento, los menos favorecidos fueron los de orden 6 o más, con sólo 47% de control. Por otro lado, el 56.4% recibió atención del parto por profesional de la salud (sólo 3.9 puntos porcentuales más que el quinquenio anterior y 8.6 puntos porcentuales más que dos décadas anteriores); igualmente con importantes diferencias: 80.6% en la zona urbana y 21.5% en la zona rural.

En los siguientes cuadros se resume la evolución de los datos de cobertura de control prenatal (Cuadro 4) y atención profesional del parto (Cuadro 5) desde 1975 a 1996. Se observa que los actuales niveles de cobertura de atención del parto se alcanzaron en el año de 1980, no habiendo variado significativamente desde entonces, a pesar de que el número de nacimientos anuales no ha variado durante esos años; inclusive se puede apreciar para algunos ámbitos una discreta disminución en la cobertura. Se puede deducir que el escaso avance no guarda ninguna proporción con el incremento que ha existido en el número de establecimientos de salud y de los recursos humanos en el primer nivel de atención durante los últimos años. Ello explica también el poco avance en los indicadores de mortalidad materna y mortalidad neonatal, e inclusive permite inferir que lo escasamente avanzado en estos últimos indicadores se ha debido más a factores demográficos y sociales que a la mejora de la cobertura de atención. La principal interrogante a resolver es por qué no ha mejorado sustancialmente la atención a pesar de lo invertido, así como es necesario precisar el nivel de prioridad que ha tenido la salud materna y neonatal en las últimas décadas. En realidad, esta situación tiene que ver con la baja calidad de atención; el modelo de atención recuperativo y fragmentado que se ha desarrollado; la escasa adecuación cultural de los servicios de salud; la ausencia de estrategias para aumentar el acceso de la población; el crecimiento desordenado de los establecimientos, y la ausencia tanto de planeamiento en el desarrollo como en la regulación de los servicios.

Cuadro 4
Evolución de la cobertura de control prenatal de 1975 a 1996

Ámbito	1975-1978	1987-1991		1992-1996	
	Cobertura %	Cobertura %	Incremento %	Cobertura %	Incremento %
Nacional	49.3	63.9	+ 29.6%	67.3	+ 5.3%
Urbano		80.3		81.4	+ 1.4%
Rural		38.4		46.8	+ 21.9%
Lima Metropolitana		94.5		87.7	- 7.2%
Otras ciudades grandes		75.6		78.7	+ 4.1%
Resto Urbano		70.0		73.6	+ 5.1%
Rural		38.4		46.8	+ 21.9%
Lima Metropolitana		94.5		87.7	- 7.2%
Resto Costa		76.1		78.5	+ 3.2%
Sierra		48.0		56.5	+ 17.7%
Selva		49.2		48.9	- 0.6%

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad 1977-1978, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1991-1992, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1996.

2.10. Conclusiones

1. En las últimas décadas se ha producido una importante mejoría en la salud de la población peruana, debido al proceso de urbanización; al aumento del nivel de instrucción y del acceso a servicios de saneamiento básico; a los cambios en los estilos de vida y alimentación de la población; a la disminución de la tasa de fecundidad y otros cambios demográficos, y al desarrollo de servicios en el primer nivel de atención. Los indicadores que han tenido mejoría han sido los relacionados a la mortalidad infantil post-neonatal y a la nutrición infantil, en especial de las zonas urbanas.
2. En las últimas dos décadas ha existido un deterioro en el control de algunas enfermedades transmisibles, constituyendo problemas de salud pública la tuberculosis, la malaria y el SIDA; sin embargo, en los últimos años se ha logrado detener el avance que experimentaron estas enfermedades en los quinquenios anteriores.
3. La cobertura de atención materno-infantil ha tenido un lento crecimiento en las últimas tres décadas, con serias limitaciones en los ámbitos rurales a pesar de la importante expansión de los servicios primarios de la última década.

Cuadro 5
Evolución de la cobertura de atención de parto por profesional de 1975 a 1996

Ámbito	1975-1978	1980-1984		1982-1986		1987-1991		1992-1996	
	Cobertura %	Cobertura %	Incrementen. %	Cobertura %	Incrementen. %	Cobertura %	Incrementen. %	Cobertura %	Incrementen. %
Nacional	47.8	52.1	+ 9.0%	54.8	+ 5.2%	52.5	- 4.2%	56.4	+ 7.4%
Urbano		81.0		83.4	+ 3.0%	74.4	- 10.8%	80.6	+ 8.3%
Rural		12.8		17.4	+ 35.9%	18.7	+ 7.5%	21.5	+ 15.0%
Lima Metropolitana	81.1(*)	93.7	+ 15.5%	94.8	+ 1.2%	94.3	- 0.5%	93.2	- 1.2%
Otras ciudades grandes						69.5		76.6	+ 10.2%
Resto Urbano		12.8		17.4	+ 35.9%	18.7	+ 7.5%	21.5	+ 15.0%
Rural									
Lima Metropolitana	81.1(*)	93.7	+ 15.5%	94.8	+ 1.2%	94.3	- 0.5%	93.2	- 1.2%
Resto Costa	50.5(*)	63.6	+ 25.9%	66.1	+ 3.9%	66.6	+ 0.8%	72.8	+ 9.3%
Sierra	18.0(*)	36.6	+ 103.3%	27.4	- 25.1%	30.6	+ 11.7%	34.2	+ 11.8%
Selva	22.3(*)	32.5	+ 45.7%	37.5	+ 15.4%	36.7	- 2.1%	36.6	- 0.3%
Número anual de nacimientos	616,646	621,518		624,680		627,300		619,200	

(*) Parto atendido en establecimiento de salud.

Fuente: Encuesta Nacional de Fecundidad 1977-1978, Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA) 1984, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1986, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1991-92, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1996. El número de nacimientos anuales se obtuvo del Análisis de la Situación de Salud, Vol. Nº 2 (MINSAlPFSS 1996b) y del Estudio de la Mortalidad Materna en el Perú, 1985-2000 (MINSAlDirección General de Estadística 1999).

4. En el contexto latinoamericano, la situación de la salud de la población peruana es bastante insatisfactoria e inequitativa, comparada con países de similar o inclusive menor desarrollo económico; ello a pesar de los esfuerzos realizados.

5. La situación de la salud del Perú presenta una gran heterogeneidad, existiendo grandes brechas relacionadas con el nivel de pobreza y una gran variabilidad del perfil epidemiológico de las regiones, debido a la existencia de enfermedades transmisibles en algunas de ellas. A grandes rasgos, se puede decir que coexisten dos escenarios epidemiológicos distintos, con tendencia a la homogeneidad epidemiológica en las zonas urbanas y a una gran diversidad en las rurales (dada principalmente por la existencia de ciertas enfermedades transmisibles). Es así que:

➤ En las zonas metropolitanas y de las grandes ciudades (poblados con más de 20,000 habitantes), donde habita aproximadamente un 57% de la población del país (ENDES 1996) y donde se encuentra una mejor situación en la salud materna e infantil y una mejor cobertura de servicios, aún persiste una mortalidad neonatal elevada. Adicionalmente, la tuberculosis y el SIDA constituyen problemas de salud en algunas de ellas. En los próximos años existirá un incremento del número de nacimientos y un aumento sustantivo de la población de jóvenes y adultos, con una contribución mayor a la mortalidad general dada principalmente por los accidentes y por las enfermedades no-transmisibles. Existen altas tasas de sobrepeso, obesidad e hipertensión, que no están necesariamente relacionadas al nivel de pobreza; lo que llevará a un incremento notable de los problemas cardiovasculares y los costos hospitalarios en las próximas décadas. El reto urgente es desarrollar los servicios para atención de adultos, en establecimientos que han estado orientados principalmente a la atención materno-infantil, cuya importancia relativa irá disminuyendo con el tiempo. También es necesario poner un énfasis especial en la promoción de la salud y el desarrollo de estilos de vida saludables, así como abordar la salud ambiental con esfuerzos dirigidos principalmente al saneamiento básico y al control de la contaminación ambiental (industrial, por vehículos y del agua y los alimentos).

➤ En las zonas rurales y en las ciudades medianas y pequeñas (centros poblados de menos de 20,000 habitantes), con aproximadamente un 43% de la población del país (ENDES 1996), se encuentra una alta mortalidad infantil y materna, y servicios de salud materno-infantiles débiles y de escasa cobertura. Existe una alta prevalencia de enfermedades transmitidas por vectores en algunas zonas, y la tuberculosis constituye un problema de menor magnitud que en las zonas más urbanizadas. La población infantil es

mayoritaria y continuará siéndolo por algunos años más; el número de partos y nacimientos disminuirá en los próximos años a diferencia de la zona urbana. El reto principal es aumentar la cobertura de la atención del parto, del neonato y de internamiento en general, con servicios básicos e intermedios, en un sistema de redes con sistemas de referencia y comunicación, para permitir el acceso a servicios quirúrgicos y especializados. También se requiere desarrollar programas de salud ambiental dirigidos al control de la contaminación (industrial y extractiva), al saneamiento básico y al ordenamiento ambiental para el control de vectores. Asimismo, se necesitarán programas de promoción de la salud dirigidos a lograr prácticas adecuadas de salud materno-infantil y una nutrición apropiada.

6. Esta diversidad de escenarios en la situación de salud exige dos diferentes tipos de organización de servicios y un manejo descentralizado para la determinación de prioridades de salud y de la gestión sanitaria. Ello debe darse en el marco de una conducción nacional que asegure el principio de equidad.

3. Evolución del sistema de salud

Como se ha mencionado, la evolución del sistema de cuidados de salud depende del desarrollo económico, social y cultural de un país. En la década del 70, nuestro sistema de salud estaba fragmentado, contando con sistemas de salud diferenciados para cada grupo social; es así, que existía un sistema de beneficencia para los pobres de las zonas urbanas, el Ministerio de Salud para grupos similares, un seguro social para los empleados, otro para los obreros, medicina privada para los sectores más acomodados, y la sanidad para las fuerzas armadas y policiales.

La situación de los servicios de salud era inadecuada e insuficiente, y no respondía a las necesidades reales de atención de la población. Los servicios estaban orientados a la atención hospitalaria con poco desarrollo del nivel primario de atención y una ausencia casi total en las zonas rurales. Las zonas urbanas concentraban la atención de salud (principalmente de nivel hospitalario), así como de los médicos y enfermeras del país (más del 80% de médicos y enfermeras se concentraban en las seis principales ciudades del país) (Brito 1983).

Como consecuencia del modo de organización del sistema de salud, la población peruana tenía una cobertura parcial, principalmente la población pobre y la rural (se estima que más de la tercera parte de la población no tenía acceso a los servicios de salud), existiendo concentración de los servicios en la zona urbana en desmedro de la zona rural (Brito 1983). Ello era un indicador más de la situación de marginación de estos grupos sociales.

En la actualidad, ha habido un incremento sustantivo de los servicios básicos de salud, mejorando significativamente la distribución de los servicios de salud, los médicos y las enfermeras en las zonas urbanas y rurales. En el último quinquenio se ha producido un cambio importante en la cobertura de servicios en las zonas rurales, persistiendo, sin embargo, problemas de resolución, gestión y calidad de la atención, así como una alta rotación de personal. Las actividades de promoción de la salud, de regulación y control sanitario, y de salud ambiental tienen un desarrollo muy incipiente en el MINSA.

A pesar de los esfuerzos realizados en mejorar el acceso de los más pobres, éste todavía es bastante inequitativo, tal como se observa en el Cuadro 6, en el que se evidencia que el porcentaje de utilización de servicios es cerca del doble en el decil de mayores ingresos (10º) comparado con el de menores ingresos (1º); hay que agregar que los deciles de menores ingresos tienen un menor nivel de percepción de enfermedad o malestar, a pesar de tener mayores problemas de salud.

Cuadro 6
Percepción de enfermedad o accidente y utilización de servicios – 1997

Decil de ingreso	Porcentaje que reporta enfermedad, malestar o accidente	Porcentaje de consultantes
1º (más pobres)	33.3	36.1
2º	32.5	44.1
3º	33.6	43.0
4º	34.7	48.2
5º	34.5	53.0
6º	37.5	58.6
7º	38.2	58.4
8º	35.5	64.3
9º	38.3	61.6
10º	42.2	66.1

Fuente: Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 1997 (MINSA, SEPS y OPS 1999).

Aún persiste un importante nivel de fragmentación en el sistema de salud en su conjunto. En el Cuadro 7 se muestra la utilización de los servicios por ámbito, observándose que en el ámbito rural el 80% de la atención es brindada por el Ministerio de Salud, 45% en Lima Metropolitana y 50% en el resto urbano. EsSalud brinda atención principalmente en el ámbito urbano (un 25% de la atención de Lima Metropolitana y un 30% de la atención del resto urbano). El sector privado sólo tiene importancia en las zonas urbanas (25% de la atención de Lima Metropolitana y 17% de la atención del resto urbano).

Cuadro 7
Utilización de servicios según sexo, proveedor y ámbito – 1997*

Donde acudió	Lima Metropolitana				Resto Urbano				Rural			
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer	
	% total	% de serv.	% total	% de serv.	% total	% de serv.	% total	% de serv.	% total	% de serv.	% total	% de serv.
IPSS	12.1	27.9	11.2	22.6	14.6	32.6	14.1	29.7	2.7	8.4	2.0	5.8
Privado	9.6	22.1	13.0	26.3	7.4	16.5	8.9	18.8	4.0	12.5	4.4	12.9
MINSA	19.2	44.2	23.6	47.7	21.7	48.4	23.5	49.6	25.1	78.5	27.7	81.0
FFAA	2.5	5.8	1.7	3.4	1.1	2.5	0.9	1.9	0.2	0.6	0.1	0.3
No instituc.	12.5	-	10.5	-	11.7	-	9.4	-	9.6	-	7.9	-
No fue	44.1	-	40.0	-	43.5	-	43.3	-	58.5	-	57.7	-
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

* El primer porcentaje corresponde a lugar de atención y el segundo al de producción de servicios por instituciones formales de salud.

Fuente: Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 1997 (MINSA, SEPS y OPS 1999).

La situación de la atención hospitalaria en el MINSA se ha mantenido estacionaria en las últimas décadas, disminuyéndose el acceso a los pobres y presentando problemas de capacidad de resolución, gestión y calidad de la atención. Según datos de ENNIV 1997 para todos los quintiles de ingreso, existe una menor satisfacción por la atención en hospitales del Ministerio de Salud que en el primer nivel de atención. La mayor percepción de satisfacción se da en el sector privado, la menor en EsSalud, encontrándose los establecimientos del MINSA en un nivel intermedio (MINSA, SEPS y OPS 1999). Actualmente en la atención hospitalaria existe un importante desgobierno: los hospitales no están orientados a las necesidades de salud pública y la política de generación de ingresos los ha llevado a competir por atenciones propias del primer nivel, dejando la atención especializada a un segundo plano debido a sus mayores costos. Es necesario agregar que existe una excesiva regulación en el manejo presupuestal de los recursos del Tesoro Público.

Hay un exceso de oferta de camas hospitalarias debido a los cambios tecnológicos en el cuidado de la salud, al crecimiento de la atención primaria de la salud y a errores de planeamiento de varias décadas. El grado de uso de las camas hospitalarias es menor al 50% en el nivel nacional, siendo mayor la subutilización fuera de Lima. En algunas capitales de departamentos existen hasta dos hospitales del MINSA, además de los de EsSalud; faltando un enfoque de red hospitalaria y de racionalización de recursos. En los últimos años ha habido escasa inversión en infraestructura, equipamiento y aspectos de gestión, lo que ha sido más severo fuera de Lima, donde la capacidad resolutoria de los hospitales regionales deja mucho que desear.

A pesar de los cambios introducidos en las últimas décadas persiste una gran concentración del gasto público en salud y de los recursos sanitarios en las zonas

urbanas (90% del subsidio público se orienta a los establecimientos de las zonas urbanas) y en el nivel hospitalario (55% del subsidio público se orienta a la atención hospitalaria). Ello se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro 8
Distribución del subsidio MINSa por quintil de ingreso – 1997

Ámbito	Urbano					
	Hospital		Centro/Puesto de Salud		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1	127'254,384	18.09	104'540,800	24.34	231'795,184	20.46
2	144'412,278	20.53	96'499,201	22.47	240'911,479	21.27
3	138'692,980	19.72	92'478,401	21.54	231'171,381	20.41
4	148'701,752	21.14	90'065,921	20.97	238'767,673	21.08
5	144'412,278	20.53	45'837,120	10.67	190'249,398	16.79
Total	703'473,672	100.00	429'421,443	100.00	1,132'895,115	100.00
Porcentaje	54.61		33.34		87.95	
Ámbito	Rural					
	Hospital		Centro/Puesto de Salud		Total	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
1	21,295	6.04	27'617,004	17.84	27'638,299	17.81
2	36,782	10.44	25'664,287	16.58	25'701,069	16.56
3	67,756	19.23	38'775,391	25.05	38'843,147	25.03
4	112,282	31.87	27'059,085	17.48	27'171,367	17.51
5	114,218	32.42	35'706,834	23.06	35'821,052	23.08
Total	352,333	100.00	154'822,601	100.00	155'174,934	100.00
Porcentaje	0.03		12.02		12.05	

Fuente: Equidad en la atención de salud, Perú 1997 (MINSa, SEPS y OPS 1999).

En el cuadro anterior se puede evidenciar una segmentación importante de la atención brindada con subsidio público: 75% del subsidio que se otorga al quintil de mayores ingresos de las zonas urbanas es para su atención en hospitales, mientras que los de menores ingresos tienen una menor utilización de los hospitales. De esta manera, se configura un fenómeno algo injusto: un modelo de atención basado principalmente en la atención primaria para los más pobres y un modelo hospitalario de mayor gasto para los quintiles de mayores ingresos, destinándose mayor subsidio a la población del quintil de mayores ingresos que a todos los habitantes de las zonas rurales.

4. Evolución de las políticas de salud

En las décadas del 60 y 70, el énfasis de la política de salud estuvo en la expansión de los servicios básicos de salud en especial en las zonas urbano-marginales y rurales, en la atención primaria, en la promoción de una atención médica integral y en la racionalización institucional del sector (Brito 1983). Las propuestas estaban enmarcadas en un movimiento de los países latinoamericanos de política macro-regional de salud, orientada a la extensión de la cobertura de los servicios de salud hacia los grupos sociales «marginados» periurbanos y rurales. Este movimiento tuvo su origen en 1972 en la III Reunión Especial de Ministros de Salud, y contemplaba medidas de reorganización y expansión de los servicios y de la «atención médica integral», mejorando su eficacia y productividad. Se formuló y adoptó el Plan Decenal 1971-1980 (Brito 1983).

El Gobierno Militar condujo una reforma global del Estado y adoptó una política redistributiva, impulsando la planificación estatal a través del Instituto Nacional de Planificación. Por ello, el sector salud va adoptando poco a poco la planificación como instrumento para la ampliación de la cobertura, promoviendo la descentralización, la regionalización y la racionalización. Las reformas introducidas en el sector salud fueron:

1. La reorganización del seguro social: en el año 1970, el Gobierno Militar reorganizó e integró el Seguro Social Obrero y el Seguro Social del Empleado, creándose el Seguro Social del Perú, posteriormente Instituto Peruano de Seguridad Social (Varillas y Mostajo 1990).
2. La reorganización del Ministerio de Salud: el MINSa absorbió los establecimientos que eran administrados por las Sociedades de Beneficencia, que desde 1940 disminuían su participación en el gasto público en salud, llegando a tener en 1969 sólo un 8% del gasto total (Varillas y Mostajo 1990).

En la década del 80, debido a la crítica situación de salud del país y a la escasez de recursos y debilidad institucional y de los servicios de salud, se planteó el desarrollo de un modelo de atención primaria selectiva, impulsado por los países desarrollados y los organismos internacionales. Este modelo fue propuesto inicialmente por Wash y Warren en 1979 y consistía en la implementación de medidas simples, baratas y masivas, que fueran ejecutadas por programas de salud materno-infantil y de control de enfermedades transmisibles que actuaban de manera centralizada y vertical, cada uno con un financiamiento propio. Por otro lado, se abandonó la política de expansión de los servicios básicos de salud y la atención primaria integral, suscrita en la Declaración de Alma-Ata. La observación de los países desarrollados y organismos internacionales a la propuesta de atención primaria de Alma-Ata, era que su puesta en marcha conllevaba altos

costos que no podrían ser sostenidos por los países pobres, sugiriendo que no era necesario que la atención primaria sea completa para ser eficaz, bastando sólo algunas medidas puntuales. Por otro lado, los organismos internacionales buscaban impactos dramáticos y rápidos (MINSA 1991).

El modelo escogido privilegiaba el enfoque recuperativo y médico en el diseño de las intervenciones para enfrentar los problemas de salud, dejando de lado el control de los riesgos de la salud, la promoción de estilos de vida saludables de la población y las intervenciones públicas de carácter intersectorial basadas en la regulación sanitaria y los programas de salud ambiental.

Es en este marco que se ha desarrollado la política de salud de las dos últimas décadas:

- Durante los años 80 se mantuvo un discurso político basado en la atención primaria de salud, con cierta expansión lenta de los servicios de salud (el número de centros y puestos de salud se duplicó y su crecimiento fue más o menos planificado), aunque con escasez de personal en las zonas rurales, al mismo tiempo que se implementó la mayor parte de los programas verticales de salud.
- A inicios de los 90, el gobierno dejó de lado la planificación como un elemento central de la política y desactivó el Instituto Nacional de Planificación. Por otro lado, las legislaciones de control ambiental y de regulación de servicios de salud introducidas disminuyeron la capacidad de regulación y control del Ministerio de Salud en estos campos. Con este marco, la importancia de la planificación en el desarrollo de los servicios disminuyó en el sector salud, lo que se manifiesta en la escasa importancia dada a la Dirección de Servicios del Ministerio de Salud, con lo cual la labor de la Dirección de Salud de las Personas quedó centrada casi exclusivamente a la administración de los programas verticales.

4.1. Rol de los programas de salud

En el marco del modelo de salud desarrollado en el país en las dos últimas décadas, los programas verticales se fueron implementando uno por uno para enfrentar las principales causas de muerte materna, infantil y por enfermedades transmisibles; la mayor parte de ellos en la década del 80. Los programas fueron implementados más por iniciativa de agencias de cooperación y en muchos casos se iniciaron como proyectos de éstas, que una vez en ejecución fueron convertidos en programas de salud (MINSA 1991). En la mayoría de los casos, el diseño de las intervenciones y de las estrategias de operación fue traído por las agencias de cooperación, y en no pocos casos éstos tuvieron poco que ver con la realidad nacional.

Por ello, cada programa tiene una lógica particular de funcionamiento, creando espacios propios sin articularse entre sí y generando una estructura orgánica particular por programa, que atraviesa todos los niveles del MINSA, agudizando la fragmentación orgánica existente en los servicios de salud y en los sistemas institucionales (MINSA 1991). Este esquema organizacional se ha replicado en la mayor parte de los órganos del Ministerio de Salud, generándose duplicidad de actividades de capacitación, supervisión, evaluación, producción de información, logística, así como de las propias intervenciones, como se puede apreciar en los puntos que aparecen a continuación:

- Cada uno ha establecido sus propios diseños de intervenciones y sus propios protocolos de atención, la mayor parte de veces basados en aquellos elaborados por los organismos internacionales, ocasionando que en los servicios de salud, la atención sea fragmentada y parcial, con existencia de consultorios para cada programa, y con una atomización de las actividades dirigidas, muchas veces, a una misma persona. Esto ha determinado que la organización de los servicios de salud se haya realizado en función de los programas de salud que han ido surgiendo y no en función de las necesidades locales, convirtiendo a los programas de salud en la finalidad de los servicios y dejando de lado su verdadera misión: la salud de la población (MINSA 1991).
- Cada uno ha establecido sus propios formatos de información, paralelos al sistema de información nacional (HIS – Health Information System). En general, el sistema de información del Ministerio de Salud sufrió un deterioro importante desde 1989, año en el que se registró solamente menos de la décima parte de los casos de enfermedades transmisibles del año anterior; deterioro que fue más importante desde 1993, cuando se implementó el HIS (ese año se registró sólo el 3% de los casos de enfermedades transmisibles de 1988)(MINSA/PFSS 1995). Esta situación ha llevado a que, en los establecimientos de salud, se tenga que llenar información de múltiples formatos, distrayendo la función principal de los prestadores de salud. Algunos estudios han estimado que esta tarea de registro de información ocupa cerca de un tercio del tiempo de los prestadores de servicios (Grupo Bioingeniería y Telemedicina, Universidad Politécnica de Madrid 1997), lo que constituye una manifestación de la pérdida de la misión por parte de los servicios de salud.
- Cada uno ha establecido sus propias actividades de capacitación, con muchas duplicidades y con limitaciones importantes de enfoque pedagógico. El esquema metodológico principal ha sido el de la capacitación en cascada y de la transmisión de conocimientos, muchas veces con contenidos elaborados en el

extranjero por organismos internacionales para otras realidades y orientados a competencias básicas de los prestadores, principalmente de nivel técnico. Esta capacitación se da sin un marco de desarrollo de recursos humanos y de desarrollo de competencias.

- Las actividades de supervisión han sido fragmentadas, paralelas y con una orientación centralista, dirigidas principalmente a revisar el cumplimiento de normas y de metas de producción y cobertura. Han operado sin un marco de gestión, alterando de manera importante el rol de cada nivel del sistema de salud y distorsionando los niveles jerárquicos.
- Cada programa realiza sus adquisiciones de insumos en el nivel central, con las consecuentes limitaciones de una programación centralizada, y los remite a los establecimientos de salud a través de las Direcciones de Salud, produciendo duplicidades de operación logística y exagerados mecanismos de control, así como falta de oportunidad de los insumos y de adecuación a las necesidades locales.
- Cada uno remite a las Direcciones de Salud algunos fondos por encargo para la operación del programa, con partidas específicas de gasto; ello genera dificultades de gestión en el nivel de estas Direcciones, produciendo una ineficiencia importante.

Los modelos de gestión de los programas son centralizados, confinando y circunscribiendo a las Direcciones de Salud, Unidades Territoriales de Salud (UTES) y jefaturas de los establecimientos a un papel de transmisores o ejecutores de la gestión central y de traslado de bienes o de información a los otros niveles. La definición del diseño de las intervenciones, la organización, los objetivos, las metas, los productos, las responsabilidades y los recursos se hace centralmente, limitando enormemente la necesaria capacidad de planificación local de los órganos desconcentrados, y por consiguiente su capacidad de gestión para responder a las necesidades locales.

Por otro lado, los programas de salud han estado orientados principalmente a la operación de los servicios primarios y no de servicios de nivel hospitalario, a lo que hay que agregar la limitada capacidad de control de los hospitales por parte de las Direcciones de Salud; la dependencia directa de muchos de ellos de la Alta Dirección del Ministerio; y la debilidad marcada de la Dirección de Servicios de Salud. Todo ello ha producido un abandono de la regulación y control de los hospitales públicos, los que han perdido su misión pública (marginando a los sectores más vulnerables de la población), teniendo los programas en este marco limitadas posibilidades de regulación técnica.

5. Prioridades de salud

De acuerdo al perfil epidemiológico de hace varias décadas, el Ministerio de Salud Pública del Perú desde 1957 ha concedido prioridad a los programas de salud materno-infantiles y de control de enfermedades transmisibles. En la década de los 80 se crean programas nacionales de salud verticales orientados a enfrentar las principales causas de muerte, como eran las enfermedades inmunoprevenibles, las diarreicas, las respiratorias, la salud materno perinatal, la planificación familiar y las enfermedades transmisibles. Estos programas han expresado de alguna manera la forma como el Ministerio de Salud ha establecido sus prioridades sanitarias, ya que esto supuso definir criterios de asignación de recursos humanos, financieros y logísticos hacia las mujeres y los niños. Sin embargo, según la capacidad operativa y los recursos asignados a los diversos programas, se puede identificar programas prioritarios: control de la tuberculosis, control de la natalidad y de inmunizaciones; agregándose en los últimos años el control del SIDA. En esto último puede identificarse de alguna forma las prioridades políticas del Ministerio de Salud.

El establecimiento de prioridades de salud implica la confluencia de varios procesos en el Ministerio de Salud, entre los que se puede señalar los siguientes: el análisis demográfico y el análisis de la situación de salud y de los servicios de salud; el diseño y la selección de intervenciones (todos éstos de carácter técnico); la asignación de prioridades presupuestales, el diseño de esquemas organizacionales y de estrategias de operación (de carácter político), así como el planeamiento del desarrollo de los servicios de salud. Sin embargo, en nuestro país, debido a la debilidad de estos procesos, en la implementación de los programas tuvo más peso las iniciativas de las agencias de cooperación.

A pesar de lo avanzado en la salud materno-infantil en el Perú, y particularmente en sus áreas urbanas, se hace necesario revisar las prioridades a la luz de los cambios epidemiológicos producidos en el país en la última década. Es importante anotar, que la actual realidad de salud del país, por su carácter heterogéneo, complejo y transicional, exige desarrollar las capacidades técnico-políticas requeridas para la determinación de prioridades sanitarias. Si bien deben existir nuevas prioridades sanitarias de alcance nacional, por la heterogeneidad epidemiológica de nuestro país, en realidad cada región debe establecer sus propias prioridades, dentro de un proceso de análisis de su situación de salud y de priorización regional, con un monitoreo del avance en la consecución de sus resultados y metas sanitarias por parte del nivel central del Ministerio de Salud, para mantener criterios de equidad nacional.

Dentro de esta revisión, deben jugar un papel importante:

- Las enfermedades infecciosas, que continúan siendo una prioridad, sobre todo en el ámbito rural.
- La atención materna y perinatal y la atención infantil, que deben ser abordadas con urgencia, en especial en los ámbitos rurales. A ello hay que agregar la atención infantil en las zonas rurales.
- Las enfermedades transmisibles, que continúan siendo un problema de salud pública y que deben ser tratadas en función de la realidad epidemiológica de cada región.
- Las enfermedades no-transmisibles, en especial en las zonas urbanas. Es urgente que esta tarea sea abordada de manera inmediata, con un enfoque preventivo para evitar complicaciones en la población adulta, las mismas que se presentarían en una o dos décadas de no ser controladas, en vista de las altas prevalencias existentes tanto de estas enfermedades como de sus factores de riesgo.
- Otras enfermedades crónicas y degenerativas, desde un enfoque preventivo y de detección precoz, sobre todo de las neoplasias más frecuentes. Es importante también abordar algunas enfermedades no-transmisibles que padecen todos los grupos etáreos y que se han incrementado de manera notable en las últimas décadas (asma, alergias, etc.).
- Las complicaciones de traumatismos, accidentes y envenenamientos, que deben ser tomadas en cuenta tanto en las zonas urbanas como rurales. Ellas requieren una participación intersectorial en su prevención y el fortalecimiento de los servicios de emergencia y referencia por parte del sector salud.
- El alcoholismo, la drogadicción, la violencia familiar y otros problemas de salud mental, que requieren un tratamiento especial, combinando estrategias intersectoriales y de atención de salud.
- Asimismo, se deben fortalecer las actividades de salud ambiental y salud ocupacional, con un enfoque multisectorial.

6. Políticas para abordar los problemas de salud

En realidad, la efectividad del modelo de atención anterior ha llegado a su límite por lo que no se espera mejoras sustanciales en los indicadores de salud, de

seguir en vigencia las medidas que se plantearon en el pasado: la tasa de mortalidad materna y perinatal no se ha modificado significativamente en las últimas dos décadas, y se está incrementando rápidamente la morbi-mortalidad por enfermedades no-transmisibles, accidentes y violencia.

Estos hechos hacen pensar en la necesidad urgente de revisar las políticas de salud pública y plantear la reorganización de los servicios de salud. Las nuevas políticas de salud requieren de nuevos enfoques que aborden de manera integral los diversos determinantes de las enfermedades. Esta perspectiva debe incluir el enfoque de ciudadanía y el de nuevos modelos de atención integral de salud. La condición ciudadana de los usuarios de los servicios es un aspecto que recién está adquiriendo importancia dentro de la sociedad civil, en la medida en que los derechos humanos y ciudadanos se van enraizando dentro de ella; ello implica un cambio radical en la forma tradicional de la prestación de los servicios de salud, basada en la aplicación de procedimientos médicos y en los valores de beneficencia.

Actualmente, el papel de los modelos de atención es crucial dentro de las propuestas de reforma de los sistemas de salud. Los modelos o modalidades de atención vigentes están centrados en la atención de patologías y no de las personas, y no consideran su contexto familiar y social; tienen un sesgo al tratamiento farmacológico, descuidando la importancia de los estilos de vida y los aspectos preventivos.

Los ensayos de reforma, que se han aplicado en América Latina en las dos últimas décadas, han estado centrados casi exclusivamente en aspectos financieros, descuidando el componente prestacional. Esto ha llevado, por un lado, y en muchos casos, a incrementar las inequidades en el acceso a los servicios de salud perjudicando a los grupos poblacionales más vulnerables, como son los pobres, las mujeres, los niños y los ancianos, y por otro lado, ha conducido a una escalada en los costos de atención por el abordaje hospitalario y a la falta de promoción de estilos de vida saludables de algunos sistemas de salud (por ejemplo, en Chile).

Estos intentos de reforma, promovidos por los países desarrollados y ciertos organismos internacionales, no han tenido en consideración algo obvio: *la reforma de la atención sanitaria debe tratar de la reforma de la salud*, es decir mejorar las condiciones de salud con un criterio de equidad. En realidad, para alcanzar mejores niveles de salud se requiere intervenciones efectivas dirigidas a enfrentar los principales problemas de salud, y éstas deben ser ejecutadas eficientemente, ya que los recursos son limitados. En conclusión, lo que se busca es obtener el máximo beneficio en términos de salud para la población con los recursos disponibles, con intervenciones costo-efectivas, dando prioridad a los grupos más necesitados.

Existen pocos indicios de que las estrategias de contención de costos, centradas en el racionamiento o la competencia entre aseguradores, produzcan efectos económicos positivos. En general, los mercados son amorales y, en particular, los mercados de salud son imperfectos, por lo que se requiere una fuerte intervención pública. Las reformas más eficaces en mejorar el estado de salud y reducir los costos se han concentrado en el cambio de comportamiento de los prestadores de salud. Las reformas centradas en los financiadores de los servicios de salud (pacientes, compañías de seguro y el Estado), han tenido, por lo general, menos éxito. Por otro lado, las reformas parecen dar mejores resultados cuando se aplican cambios progresivos y no globales (Vienonen et al. 1999).

Lo que ocurre, es que los prestadores constituyen uno de los agentes más importantes en la toma de decisiones sobre la utilización de los recursos sanitarios, al determinar el uso de los recursos de que disponen en cada acto clínico. Se parte del supuesto que los prestadores siempre buscan el mayor beneficio en términos de salud para los usuarios; sin embargo, cuando se ha analizado estas decisiones en la práctica clínica, se ha observado una gran variabilidad para situaciones similares, no basadas en evidencias científicas ni en resultados comparativos. En términos generales, se observa una gran utilización de procedimientos inefectivos, así como de aquellos efectivos pero para situaciones no pertinentes, como también inequidad en el acceso a procedimientos útiles. Ello genera que los prestadores sean uno de los principales responsables del despilfarrero de los recursos que se emplean en la salud de una población (Alonso y Rodríguez 2000, Sevilla 2000). El sistema de salud de los Estados Unidos es un ejemplo de ello: su gasto en salud es mucho más elevado que el de los países de Europa Occidental, con niveles de salud similares (Banco Mundial 1993).

La clave parece estar en lograr que los prestadores tomen decisiones adecuadas para conseguir los mejores resultados de salud para los pacientes (*procedimientos efectivos*) con los menores recursos necesarios (*con eficiencia*) y utilizando los más apropiados en cada momento. Este concepto ha sido denominado *Gestión Clínica* (Sevilla 2000).

Por lo anterior, a nivel macro lo esencial es el diseño y selección de intervenciones costo-efectivas para enfrentar los principales problemas de salud, con el objetivo de lograr un mínimo de salud, social y éticamente aceptable, para toda la población. Al conjunto de estas intervenciones se le ha denominado *Paquete Básico de Servicios de Salud*. Junto a ello, es indispensable diseñar los modelos de gestión del sistema de salud que aseguren una adecuada *gestión clínica*.

El Paquete Básico de Salud es el conjunto de prestaciones e intervenciones que toda la población tiene derecho a recibir para enfrentar sus principales problemas de salud y cuya provisión el Estado asegura a toda la población,

subsidiando a la población pobre que no puede acceder económicamente a los servicios de salud. El Paquete contiene dos tipos básicos de intervenciones que requieren estrategias de operación diferentes:

- *Intervenciones públicas*: definidas por ser bienes o servicios cuya aplicación y beneficios comprenden a grupos poblacionales enteros. Su consumo individual no reduce la cantidad disponible para el consumo de otros (Musgrove 1996), no siendo posible su apropiación privada (es lo que en economía se denomina *bienes públicos*). Estas intervenciones están orientadas a la prevención de las enfermedades, actuando sobre los factores de riesgo para poblaciones enteras o sobre las conductas nocivas para la preservación de la salud o promoviendo conductas tendientes al mejoramiento de la salud. Por ejemplo, el control de la contaminación ambiental, la eliminación de vectores, la disponibilidad de agua segura, la información y educación para la salud, y la regulación sanitaria. Por su carácter de inapropiabilidad privada, estas intervenciones necesitan de financiamiento público, ya que nadie está dispuesto a pagar por bienes o servicios que no se pueden usufructuar. Para la producción de estas intervenciones se requiere, muchas veces, de estrategias intersectoriales pudiendo algunas ser prestadas a través de los servicios de salud.
- *Atenciones individuales*: aquellas cuya aplicación es de carácter interpersonal y cuyo beneficio es individualizable para los que las reciben. Por ejemplo, tratamiento de enfermedades, consulta de control de la salud, atención de accidentes e inmunizaciones. Por su carácter de apropiabilidad privada, la población está dispuesta a demandar estas intervenciones si tiene la capacidad económica para ello. Es de interés del Estado el subsidio de estas intervenciones para los pobres, para corregir las imperfecciones del mercado de servicios de salud.

Dentro de las atenciones individuales existen algunas que al aplicarse a un individuo, producen beneficios que van más allá de los consumidores de dichos servicios, es decir, producen altas externalidades en la sociedad porque son capaces de cortar la cadena de transmisión epidemiológica, evitando que otros individuos que no recibieron la intervención se enfermen; éstas intervenciones se denominan: *Atenciones individuales de alto valor social*. Dentro de éstas se encuentran las inmunizaciones y el tratamiento de las enfermedades transmisibles (tuberculosis, lepra, malaria, enfermedades de transmisión sexual, etc.). Por esta característica es de interés del Estado el subsidio universal de estas intervenciones.

El Paquete Básico debe ser el eje ordenador de la producción de servicios de salud, tanto del sistema de atención básica de salud como del sistema de atención especializada hospitalaria; es decir, que debe contener lo que *deben hacer*

primordialmente los hospitales, centros y puestos de salud. Es preciso definir las intervenciones que tienen que ser brindadas en el sistema de atención especializada y aquellas que pueden serlo en el sistema de atención básica.

Los criterios para definir las intervenciones y el nivel de subsidio público que se desea brindar a la población pobre son: la prevalencia de las enfermedades, el nivel de costo-efectividad de las intervenciones, así como la justicia y el desarrollo económico y social de su impacto. La definición de este Paquete Básico debe surgir de un amplio debate y del consenso social, ya que obviamente existen criterios éticos de por medio, por lo cual se debe incorporar los valores de la sociedad peruana sobre la salud. Lo que se busca, con la definición del Paquete Básico y los niveles de subsidio y sus grupos beneficiarios, es establecer un nuevo contrato social en salud, ya que la situación existente es profundamente inequitativa e inhumana, existiendo actualmente en la práctica paquetes marcadamente diferenciados según el grupo social y una gran injusticia en la distribución del subsidio público, que margina a los grupos más desposeídos y que obedecía a un Estado excluyente. La reciente incorporación ciudadana de amplios sectores anteriormente marginados y la exigencia de nuevos valores democráticos obligan a ello.

La definición del Paquete Básico no puede ser estática y depende del nivel de recursos que la sociedad pueda asignar a la salud. En una primera etapa, en el corto plazo, se debe dirigir la mayor parte del subsidio público a los más pobres, para disminuir las grandes brechas existentes. En una segunda etapa, en la medida en que se logre mayores recursos para salud se podría ampliar el subsidio hacia otros grupos sociales. El siguiente esquema muestra gráficamente esta propuesta:

Tipo de Intervención	Extremadamente Pobres	Pobres	No Pobres
Intervenciones públicas	Subsidio público total		
Atenciones individuales de alto valor social	Subsidio público total y EsSalud		
Atenciones individuales de nivel básico	Subsidio público total	Subsidio público parcial	Gasto Privado
Atenciones individuales de nivel hospitalario	Subsidio público total	Subsidio público parcial	Gasto Privado

Numerosos países han dedicado importantes esfuerzos al diseño preciso de Paquetes Básicos utilizando, en muchos casos, metodología epidemiológica sofisticada; sin embargo, lo más importante no es la precisión en el diseño del paquete,

sino lograr que el sistema de salud se rija por estas definiciones. Ello se puede alcanzar a través de la regulación de los gastos de inversión y de tecnología médica, en la definición de mecanismos de asignación de recursos que aseguren su uso en el Paquete Básico y en el diseño de mecanismos de gestión que promuevan y controlen el uso de protocolos de procedimientos costo-efectivos. También es importante lograr que los prestadores de salud tomen conciencia de su importancia y de los valores involucrados.

Es urgente, en este sentido, que los procesos de reforma incorporen sustancialmente cambios en los modelos de atención que aborden de manera integral la salud de los individuos, las familias y las comunidades. La salud de una población es el resultado de múltiples factores; sin embargo, muchas veces se olvida fácilmente ello y se sobrestima la importancia de la prestación de los servicios asistenciales y de las acciones institucionales desde el sector salud en el proceso de causalidad de la salud, a pesar de la existencia de múltiples evidencias al respecto. Tener en consideración esto, es importante en el diseño y la selección de intervenciones de salud, ya que la eficiencia global del sistema de salud depende de ello: se debe buscar tener el mayor beneficio en términos de salud con los recursos de que se dispone, y no necesariamente en servicios asistenciales recuperativos.

Por ello, la selección de las intervenciones del Paquete Básico de Servicios se debe realizar con criterio de costo-efectividad e incluir intervenciones públicas intersectoriales y de cambio de comportamiento de la población; disminuyendo la importancia que tiene actualmente la prestación hospitalaria y fortaleciendo a su vez la atención primaria, orientándola hacia una atención integral del individuo y del grupo familiar y comunitario, mediante *programas de salud a los individuos y a la familia*. El programa de atención de la familia consiste en equipos de salud que tienen una población asignada y que se responsabilizan de su atención integral en el domicilio, la consulta ambulatoria y en el hospital, teniendo como centro al núcleo familiar y la vivienda, interviniendo sobre los factores de riesgo existentes y realizando actividades de educación y promoción de la salud (Ministerio de Salud de Brasil 2000).

Para enfrentar las enfermedades no-transmisibles se requiere de estos nuevos enfoques de atención, siendo además necesario que se reconozca la existencia de diferencias en la salud y en la condición ciudadana de los distintos grupos sociales de la población, considerando el tratamiento diferencial de acuerdo a las necesidades de cada grupo: sexo, grupos étnicos, grupos étnicos y áreas geográficas.

Es importante remarcar, que bajo un enfoque de atención integral de la salud es necesario que los procesos de reforma incorporen la participación intersectorial, social y comunitaria, ya que la salud tiene una determinación múltiple y su cuidado requiere de la responsabilidad compartida de la población, sus organiza-

ciones, las instituciones privadas, los gobiernos locales y las dependencias del gobierno central. Ello implica que las políticas de salud sean desarrolladas por todos estos actores y el rol del Ministerio de Salud sea el de liderazgo en la formulación y ejecución de éstas.

Las nuevas políticas de salud deben estar orientadas a:

- Fortalecer el rol de gobierno para el diseño de intervenciones sanitarias costo-efectivas y para la regulación sanitaria.
- Cambiar los modelos de prestación y gestión, dentro de una concepción de atención integral.
- Adecuar la prestación de los servicios a los perfiles epidemiológicos, incluyendo el control de las enfermedades no-transmisibles y mentales y el manejo de emergencias y patologías de carácter quirúrgico.
- La reorganización de los sistemas de atención básica de salud.
- El reordenamiento de los sistemas de atención especializada de salud.
- La promoción de intervenciones sobre cambios de comportamiento y control de riesgos.
- El fortalecimiento de los programas de salud ambiental y salud ocupacional.
- La gestión descentralizada e integrada de los servicios.
- La integración y focalización del gasto público.

6.1. El nuevo rol de los programas de salud

Existe un consenso casi unánime acerca de las limitaciones de los programas de salud verticales y de las dificultades e ineficiencia que generan en nuestro país. Inclusive el modelo es muy cuestionado actualmente en el ámbito internacional, ganando progresivamente preponderancia los modelos de atención integral. El tema ha sido planteado muchas veces destacándose la necesidad de integración de estos programas; sin embargo, ésta es una forma restrictiva de ver el problema: en términos conceptuales implicaría querer generar una visión integral mediante la suma de los enfoques fragmentados, biomédicos y centralistas de los tradicionales programas de salud.

En África, cuando se ha querido implementar aquellos modelos de atención integral que sólo buscaban la integración en el nivel local de los servicios de atención primaria, sin modificar la estructura de los programas verticales de salud y la lógica centralista de la logística, el financiamiento, la capacitación, la supervisión y el manejo de información, la experiencia ha evidenciado fracasos importantes (Lush et al. 1999). Por otro lado, los resultados han sido satisfactorios en aquellos países donde se ha intentado la puesta en marcha de modelos que integraban y descentralizaban el manejo en el nivel local del financiamiento y la logística, con un fortalecimiento de la gestión local. En estos países, se mantuvieron los programas de salud en el nivel central, pero con un rol de asistencia técnica para la implementación integrada en un sistema de gestión horizontal de nivel central, regional y distrital. La integración en el nivel local fue definida como la provisión integral de paquetes de servicios más globales apoyada por la gestión integrada de equipos de salud en el nivel de distrito.

Lo anterior evidencia, que en realidad de lo que se trata es de definir un nuevo rol de los programas de salud dentro del Ministerio de Salud; ello tiene que ver con la implementación de un modelo de atención integral, la descentralización, el fortalecimiento de la planificación, la organización de los servicios de salud básicos y hospitalarios, el desarrollo de intervenciones públicas y de regulación de los servicios de salud. La reorganización y el nuevo rol de los programas debe entenderse, por lo tanto, dentro de un proceso de reorganización de todo el Ministerio de Salud en todos sus niveles y en el que intervengan todos sus órganos en todos estos procesos descritos.

Esta reorganización es un tema urgente de abordar, tanto para lograr resultados sanitarios en la salud materna e infantil y en el control de las enfermedades transmisibles, como para comenzar a abordar las enfermedades no-transmisibles. Su postergación puede generar enormes costos en el futuro mediano e inmediato, dado el nuevo perfil epidemiológico. El tema esencial que deben abordar los programas es la salud integral de los individuos, familias y comunidades, dejando de lado el enfoque fragmentario por daño.

Los roles que le corresponden a los programas de salud en el nivel central son:

- Análisis demográfico de la situación de salud y de los servicios de salud.
- Definición de prioridades nacionales de salud.
- Diseño y selección de intervenciones sanitarias, en hospitales y servicios básicos de salud.
- Determinación de Paquetes Básicos de Servicios de Salud.

- Elaboración de protocolos de procedimientos de atención.
- Determinación de los costos estándares de los protocolos.
- Planeamiento nacional de intervenciones de salud integrales, dirigidas a los individuos, familias y comunidades.
- Asistencia técnica a los niveles regionales.
- Monitoreo nacional de las intervenciones sanitarias.
- Diseño y coordinación de intervenciones intersectoriales y monitoreo de su ejecución.

En el nivel regional, le corresponde a los programas de salud:

- Análisis demográfico de la situación de salud y de los servicios de salud, en el ámbito regional.
- Definición de prioridades regionales de salud.
- Adaptación de intervenciones sanitarias.
- Planeamiento regional de intervenciones de salud integrales, dirigidas a los individuos, familias y comunidades.
- Supervisión y asistencia técnica a los prestadores (hospitales y redes de servicios básicos).
- Monitoreo regional de las intervenciones sanitarias.
- Ejecución y seguimiento de intervenciones intersectoriales.
- Conducción de intervenciones regionales de cambios de comportamiento.

En el nivel de los servicios de salud, la reorganización debe estar centrada en la integración de la atención alrededor de los individuos, familias y comunidades; de manera simultánea al necesario proceso de descentralización de la gestión de los servicios.

RESUMEN: BALANCE, PROBLEMAS Y RECOMENDACIONES

Balance General

En las últimas décadas se ha producido una importante mejoría en la salud de la población peruana, debido al proceso de urbanización, al aumento del nivel de instrucción y del acceso a servicios de saneamiento básico, a los cambios en los estilos de vida y alimentación, a la disminución de la tasa de fecundidad y a otros cambios demográficos, así como al desarrollo de servicios en el primer nivel de atención. Los indicadores que han tenido mejoría han sido los relacionados a la mortalidad infantil post-neonatal y la nutrición infantil, en especial de las zonas urbanas. Sin embargo, se observa grandes brechas en el estado de salud de la población de acuerdo a su nivel de pobreza. Esta situación es bastante insatisfactoria e inequitativa, comparada con otros países latinoamericanos de similar o inclusive menor desarrollo económico.

Problemas identificados

- Especialmente en las zonas urbanas, la mortalidad y morbilidad por enfermedades no transmisibles está adquiriendo una importancia creciente que, dada la alta prevalencia de los factores de riesgo y los cambios demográficos en curso, tendrán un impacto importante en los costos de atención en el mediano plazo.
- La cobertura de atención materno–infantil ha tenido un lento crecimiento en las últimas tres décadas, con serias limitaciones en los ámbitos rurales a pesar de la importante expansión de los servicios primarios de la última década.
- En las dos últimas décadas ha existido un aumento de la prevalencia de algunas enfermedades transmisibles, constituyendo problemas de salud pública la tuberculosis, la malaria y el SIDA.
- A inicios de los noventa, el gobierno dejó de lado la planificación como un elemento central de la política, con lo cual la labor quedó centrada casi

exclusivamente en la administración de los programas verticales. Estos programas tienen lógicas de funcionamiento diferentes, implican duplicación de esfuerzos y subutilización de infraestructura.

Recomendaciones

- *Reorientar la reforma de salud.* Centrar la reforma, no en los costos o la reorganización, sino en mejorar las condiciones de salud con equidad. Las reformas más eficaces en mejorar el estado de salud y reducir los costos se han concentrado en el cambio de comportamiento de los prestadores de salud. Debe lograrse que los prestadores tomen decisiones adecuadas para conseguir los mejores resultados de salud con los menores recursos.
- *Dirigir la producción de servicios de salud.* Establecer un “paquete” básico de atenciones que opere como el eje ordenador de la producción de servicios, tanto del sistema de atención básica de salud como del sistema de atención especializada hospitalaria.
- *Incorporar cambios sustantivos en el modelo de atención.* Se deben desarrollar los programas de salud familiar y reordenar los servicios bajo un modelo de atención integral. Ello implica el replanteamiento de los actuales programas verticales y la descentralización de la gestión.
- *Revisar y ampliar las actuales prioridades sanitarias.* Incluir entre las prioridades sanitarias a las enfermedades no transmisibles y otras crónico-degenerativas, los accidentes, los problemas de salud mental, la salud ambiental y la salud ocupacional. Por la heterogeneidad epidemiológica de nuestro país, cada región debe establecer sus propias prioridades de salud, dentro de un proceso de priorización de conducción nacional.

BIBLIOGRAFÍA

- ALONSO, P. y J. RODRÍGUEZ
2000 “Ética y variabilidad en la práctica médica”. *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. 13: 17 - 27, enero- marzo.
- BANCO MUNDIAL
1993 *Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en salud.* Washington.
- BRITO, P.
1983 “Salud, Nutrición y Población en el Perú”. En: *Población y Políticas de Desarrollo en el Perú.* Lima: INANDEP.
- GRUPO DE BIOINGENIERÍA Y TELEMEDICINA / UNIVERSIDAD POLITÉCNICA DE MADRID
1997 *Estudio de necesidades de comunicación y acceso a información médica del personal sanitario rural del Ministerio de Salud.* Lima.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
1993 *Censo Nacional 1993. IX de Población y IV de Vivienda. Resultados definitivos del departamento de Lima.* 3 Tomos. Lima: INEI.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA / CONSEJO NACIONAL DE POBLACIÓN / INSTITUTE FOR RESOURCES DEVELOPMENT - WESTINGHOUSE
1988 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1986.* Lima.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA / MINISTERIO DE SALUD
1996 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1996.* Lima.
1992 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1991 - 1992.* Lima.
1986 *Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA) 1984.* Lima, enero.
- INSTITUTO NACIONAL DE PLANIFICACIÓN \ Oficina Nacional de Estadística
1979 *Encuesta Nacional de Fecundidad 1977-1978, Informe General.* Lima.
- LIGA PERUANA de Lucha Contra el Cáncer
1998 *Tabaco y alcohol en el marco familiar y escolar.* Lima.
- LUSH, L., J. CLELAND, G. WALT y S. MAYHEW
1999 *Integrating reproductive health: myth and ideology. Policy and Practice.*

MINISTERIO DE AGRICULTURA

1972 *Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos (ENCA) 1971-1972.*

MINISTERIO DE SALUD

1999 *Prioridades de Salud.* (Documento no publicado).

1991 *Plan Nacional de Salud Materno-Infantil.* Lima.

MINISTERIO DE SALUD\Dirección General de Estadística e Informática

1999 *Estudio de la mortalidad materna en el Perú, 1985-2000.* Lima.

MINISTERIO DE SALUD\Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS)

1996a *Análisis de la situación de salud en el Perú: mortalidad.* Volumen N° 1. Lima.

1996b *Análisis de la situación de salud en el Perú: Fecundidad, planificación familiar y salud reproductiva en el Perú.* Volumen N° 2. Lima.

1995 *Análisis de la morbilidad en el Perú: enfermedades transmisibles.* Lima.

MINISTERIO DE SALUD\Oficina General de Epidemiología

1992 *Reportes epidemiológicos.* Lima.

1991 *Reportes epidemiológicos.* Lima.

MINISTERIO DE SALUD\Oficina General de Planificación / SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

1999 *Equidad en la atención de salud, Perú 1997.* Lima.

MINISTERIO DE SALUD DE BRASIL

2000 *Programa Saúde da Família.* Folleto de difusión. Brasil

MUSGROVE, Ph.

1996 *Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns.* Human Development Department. World Bank.

SECLÉN, S.

1997 *Prevalencia de Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, hipercolesterolemia y obesidad, como factores de riesgo coronario y cerebrovascular en población adulta de la costa, sierra y selva del Perú.* Premio Roussel 1997. Lima: Hoechst Marion Roussel.

SEVILLA, F.

2000 "Gestión clínica: la gestión de lo esencial como una estrategia de reforma en el Sistema Nacional de Salud". *Revista de Administración Sanitaria*, Vol. 13: 63 - 83, enero-marzo.

SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD (SEPS)- Perú

1998 *Análisis de la situación de salud de Lima Metropolitana. Perfil sociodemográfico, morbilidad y mortalidad.* Lima.

VARILLAS, A. y P. MOSTAJO

1990 *La Situación poblacional peruana, balance y perspectivas.* Lima: INANDEP.

VIENONEN, M., D. JANKAUSKIENE y A. VASK

1999 "Hacia una reforma de la atención de salud basada en pruebas". *Bulletin of the World Health Organization*, (1): 44-47. Ginebra

WASH, J. y K. WARREN

1979 "Selective Primary Health Care, An interim strategy for disease control in developing countries". *New England Journal of Medicine*: 30: 967-974.

VI. ATENCIÓN EN EL PRIMER NIVEL

ALFREDO GUZMÁN CHANGANAQUI ¹¹
con la colaboración de ARIEL FRISANCHO ARROYO ¹²

1. Introducción

La atención sanitaria en el país se da a través de cuatro niveles de atención: el primer nivel que se encuentra a cargo de los puestos y centros de salud distribuidos a nivel nacional; el segundo nivel a cargo de los hospitales locales; el tercer nivel de los hospitales generales, y un cuarto y último nivel de los institutos u hospitales especializados. El primer nivel brinda servicios básicos de salud, con labor preventivo-promocional y recuperativa. Según el Segundo Censo de Infraestructura y Recursos Sanitarios del Sector Salud del MINSA, en 1996 existían 6,717 entre puestos y centros de salud, de los cuales el 71% pertenecían a la institución: 1,028 centros y 4,762 puestos de salud. Estos establecimientos se encuentran ubicados en áreas urbanas, urbano-marginales y rurales, estando la mayoría en esta última. EsSalud, por su parte, cuenta con 195 centros de salud generalmente en el ámbito urbano y urbano-marginal.

De acuerdo a las normas vigentes, el módulo básico para la atención de salud en el primer nivel está constituido por un centro de salud nivel I con sus respectivos puestos de salud en número variable, hasta un máximo de ocho, y la población de su área de influencia. Cada módulo, para aquellas acciones asistenciales de mayor complejidad, cuenta con el apoyo de un centro de salud nivel II, ubicado en lugares estratégicos. Cada establecimiento, ya sea centro o puesto de salud, cuenta con un área de influencia y una población asignada donde sus acciones son fundamentalmente preventivo-promocionales. En el caso de los puestos de salud, se recomienda que cubran una población de hasta 3,000 habitantes en el área rural, y de 5,000 habitantes en áreas urbano-marginales. Los criterios de

¹¹ Médico (UPCH) con Maestría en Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins, consultor en salud reproductiva y salud pública. Actualmente es jefe del Gabinete de Asesores del Despacho Ministerial en el Ministerio de Salud.

¹² Médico (UNMSM) con Maestría en Salud Pública en la UPCH. Consultor en las áreas de salud pública y desarrollo social, con experiencia en el sector público y en organismos internacionales. Actualmente es docente universitario y asesor en Servicios de Salud en el proyecto REPOSALUD (USAID-MMR).

acceso también son tomados en consideración: llegar al establecimiento utilizando el medio de transporte más usual debe tomar entre una a tres horas en la zona rural, y unos 20 minutos (a pie) en la zona urbano-marginal.

Los puestos de salud I, que son el componente menos complejo de la red de prestaciones de salud, deben contar con enfermera, obstetriz y dos técnicas de enfermería. La atención por médico, odontólogo, nutricionista, técnico de saneamiento es itinerante de acuerdo a los recursos del centro de salud cabeza del módulo. La atención es sólo de seis horas diarias. El puesto de salud II debe contar con un equipo de salud completo, que incluye un médico y un odontólogo, y puede funcionar durante doce horas o en forma continua. Este tipo de puesto es el que se sugiere para el área rural, pero es poco factible contar con odontólogo.

Los centros de salud son los establecimientos de mayor complejidad en el primer nivel de atención y se encuentran localizados en capitales de distrito, provincia o polos de desarrollo. Pueden atender de doce a veinticuatro horas, su población de responsabilidad es de hasta 15,000 habitantes y realizan acciones integrales de salud. La diferencia entre el centro de salud de nivel I y II, estriba en que este último debería contar con especialistas, camas de internamiento, centro obstétrico y/o quirúrgico, con énfasis en la atención madre-niño. Según la normatividad, cuenta con laboratorio de mayor complejidad, servicios de rayos X y farmacia las 24 horas. Además, hay 28 centros de salud dedicados a la atención materno-infantil, situados generalmente en las áreas urbano-marginales.

En la práctica, la normatividad y el ordenamiento descritos difícilmente se cumplen por falta de recursos humanos, equipos e insumos; no existiendo, además, una adecuada coordinación y complementariedad en las acciones.

2. Cambios producidos y situación actual

Los compromisos asumidos por el Perú en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, en Alma Ata (1978), se empezaron a implementar a inicios de la década de los 80, en la que se decide extender la cobertura de atención y las acciones preventivo-promocionales de salud, con especial énfasis en el primer nivel de atención, dejando el modelo hospitalario y predominantemente urbano existente en esa época. Durante el primer quinquenio de aquella década, se produce un crecimiento homogéneo de centros y puestos de salud, que se ve reducido y entra en inercia durante los años siguientes.

A comienzos de la década del 90, la crisis económica y la acción subversiva iniciadas en la década pasada habían conducido al abandono o disminución de profesionales en el primer nivel de atención, especialmente en las áreas de mayor

pobreza y necesidad. Adicionalmente, la crisis fiscal del Estado determinaba presupuestos cada vez más exiguos para los sectores sociales, los que a su vez, dada la hiperinflación reinante, veían reducida su real capacidad de compra de insumos para la atención de la población. Así, los servicios de salud llegaron prácticamente a una situación de “colapso funcional”: se produjo el cierre y abandono de un número importante de centros y puestos de salud localizados en zonas de violencia subversiva, por el temor de ser objeto de atentados. Otros puestos, dejaron de funcionar sencillamente por falta de recursos. Entre las muchas consecuencias que esta situación produjo se cuenta la grave reducción en las posibilidades de atención de salud de la población más pobre y más alejada de las ciudades. Adicionalmente, las limitadas acciones de saneamiento básico rural contribuyeron al recrudescimiento de males que se consideraban ya superados, y a la extensión de epidemias, como el cólera (1991).

A partir de 1994, la pacificación del país, la recuperación económica y la reincorporación del Perú al sistema financiero internacional hicieron posible el inicio de intervenciones específicas de inversión y de focalización del gasto social. De esta manera, el Ministerio de Salud desarrolló un vasto programa de mejora de la infraestructura sanitaria y re-equipamiento de los establecimientos, en especial del primer nivel de atención, lo que permitió la apertura o reapertura de un número significativo de centros y puestos de salud y la mejora de su capacidad resolutive, al implementarlos con profesionales de salud e insumos.

Entre 1992 y 1996, el número de establecimientos de salud se incrementó en un 56%, con predominio de los centros y puestos de salud. Se reactivaron 258 establecimientos en zonas críticas antes abandonadas como consecuencia de la violencia terrorista, 432 establecimientos de frontera y 1,409 establecimientos en la amazonía. Asimismo, se fortalecieron los programas nacionales de salud, en especial en el área materno-infantil, enfermedades transmisibles y planificación familiar. El Programa de Salud Básica para Todos, cuyo objetivo es ampliar la atención preventiva y asistencial de salud en zonas de pobreza extrema y de frontera, con un presupuesto anual de aproximadamente US\$ 100 millones provenientes del Tesoro Público, orientados a la dotación de equipos, medicamentos y personal, asignó incentivos económicos que permitieron una mayor presencia de profesionales de salud en zonas rurales y urbanas de bajos ingresos.

Adicionalmente, como una alternativa para superar las fuertes limitaciones imperantes en la administración pública de los establecimientos de salud y lograr un uso más eficaz de los recursos del Estado, en 1994 se crearon los Comités Locales de Administración de Salud (hoy Comunidades Locales de Administración de Salud, CLAS), a través de los cuales miembros de la comunidad administran un establecimiento del primer nivel (centro de salud) o un grupo de ellos (CLAS “agregados”). Estos comités asumen la condición de una asociación

civil sin fines de lucro, con personería jurídica de derecho privado. Los CLAS cuentan con autonomía para definir su plan de salud de acuerdo a las necesidades locales y adecuar su presupuesto y los servicios a éstas. Además, pueden contratar personal de salud, adquirir insumos y medicinas y contratar servicios. Su presupuesto está basado en fondos públicos e ingresos propios, y a diferencia de los contratos por servicios no personales establecidos por el Programa de Salud Básica para Todos, cubre los derechos sociales de los trabajadores. La experiencia de organización de una gestión de base comunitaria (CLAS) ha hecho posible iniciar experiencias de control social sobre la gestión de los servicios de salud. Sin embargo, considerando que la mitad de los miembros del CLAS son nombrados por el director del área de salud, su independencia puede verse condicionada. Aún así, esta estrategia ha permitido, en muchos casos, mejorar la productividad y calidad de los servicios, con horarios más apropiados, esperas menores y atención personalizada. A fines del año 2000, existían 482 CLAS en el MINSA, teniendo a su cargo alrededor de 1,200 establecimientos de salud. Estos logros no dejan de presentar limitaciones, como son: los mayores costos administrativos por capacitación del personal que administrará los CLAS; la ausencia de mecanismos para monitorear los objetivos de salud, y la falta de un sistema de información para evaluar el impacto del servicio brindado o el grado de la participación comunitaria. Además, la autonomía de cada centro no permite generar economía de escala en la prestación de servicios, y puede producir problemas de complementariedad entre los servicios ofrecidos por establecimientos de distinto nivel en una misma zona, como sería fomentar la cultura del “mini-hospital”, que propugna una mal entendida “autosuficiencia” en la prestación de servicios, promoviendo duplicidades y subutilización de los recursos disponibles en el nivel local (Fernández 1998).

Precisamente estas últimas consideraciones dieron lugar a que el MINSA iniciara a mediados de 1998 la delimitación e implementación de redes de establecimientos y servicios de salud, entendidas como *el conjunto de establecimientos y servicios de salud de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud*. Su desarrollo tiene como objetivo promover la complementariedad de los servicios provistos por puestos, centros de salud y hospitales de una determinada área geográfica, con el fin de brindar a la población un servicio de mayor eficiencia y calidad. Cada red está a cargo de un órgano especializado, creado para asumir la administración y la asignación de recursos, constituyéndose así en un modelo organizacional de prestación de servicios de salud, mediante la acción articulada de establecimientos que tradicionalmente actuaron como unidades desconectadas; la combinación adecuada de sus recursos; la adecuación de los procesos y servicios, buscando la continuidad de cuidados, y la consecución de economías de escala (MINSA 2000).

Las Direcciones de Salud (DISAs) han desarrollado procesos diversos de delimitación de redes de salud, considerando la realidad particular de cada ámbito del interior del país. Esta delimitación inicial, realizada de manera poco ordenada a partir de la experiencia de las cinco redes piloto inicialmente constituidas, requiere aún de un conjunto de ajustes normativos, así como del fortalecimiento y desarrollo de las capacidades técnicas de las Direcciones Regionales de Salud (DIRES) para una adecuada gestión de la prestación de servicios. Además necesita, esencialmente, de una definición explícita sobre el modelo organizativo a implementar, así como de las acciones que evidencien el impulso de la autoridad de salud, en los distintos niveles, respecto a esta decisión.

Las diferentes estrategias y acciones arriba descritas llevaron a que en el año 2000 el 81.84% de las atenciones de salud se brindaran en centros y puestos de salud llegando a un total de 41'862,633 consultas (Informe diario de Registros HIS, Ministerio de Salud\ Oficina de Estadística e Informática).

Como se desprende de lo expuesto anteriormente, con la recuperación del aparato público del primer nivel se logró ampliar la cobertura de los servicios. Sin embargo, a pesar de este incremento en el número de establecimientos y de consultas en el primer nivel de atención, y del desarrollo de las estrategias mencionadas, las elevadas tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna y mortalidad neonatal evidencian que aún subsiste un importante conjunto de factores que limitan la acción del Estado para brindar una atención de salud básica e integral tanto recuperativa como preventivo-promocional, accesible, equitativa y de calidad, sobre todo en las zonas rurales y más pobres del país. Estos temas se verán en la siguiente sección.

3. Principales problemas en el desarrollo del primer nivel de atención

En nuestro país, resta aún mucho por hacer para reducir y eliminar las barreras de acceso de la población a los servicios de salud, así como para promover el ejercicio pleno del derecho a la salud por parte de la población. Estos elementos limitan el desarrollo de servicios de óptima productividad y calidad, generando, además, problemas de credibilidad y seguridad a nivel de la población.

Entre las barreras que impiden o limitan el desarrollo del primer nivel de atención se encuentran las siguientes:

3.1. Barreras geográficas (acceso físico)

Muchos establecimientos de salud, en especial centros tipo II u hospitales de apoyo o también llamados locales, en donde existe una mejor capacidad resoluti-

va, se encuentran, en algunos casos, a considerable distancia de los poblados y comunidades rurales. Esta condición, aunada a las limitaciones de comunicación y transporte básico, se convierte en una barrera para lograr un manejo adecuado y especialmente oportuno en las emergencias; en un elemento desalentador del acceso de las familias a la atención, y puede suponer ciertos riesgos que los profesionales de salud tienen que asumir para cumplir con sus funciones.

3.2. Barreras económicas

El tema del *financiamiento de los servicios de salud del primer nivel de atención* está ligado al acceso a fuentes de recursos, y al logro de mayor eficiencia y equidad en su gestión.

En la actualidad, existen importantes barreras económicas que limitan el acceso a los servicios de salud. La existencia de tarifas hace muchas veces inaccesible el servicio en las zonas más pobres del país, donde la demanda de servicios de salud o la falta de ella se realiza en un marco de economía campesina. No existe una política de tarifas y exoneraciones que asegure la atención a la población pobre. Las tarifas son decididas por cada establecimiento, red o subregión de salud, y dependen únicamente de estas últimas, no existiendo la obligatoriedad de reportarlas a ninguna autoridad superior. Además de las tarifas, existen costos adicionales, trasladados directamente a la población y que son difíciles de valorar (materiales quirúrgicos, medicinas, transporte de pacientes y familiares, alojamiento de los familiares, tiempo y oportunidades perdidas para la familia) (Nuño 1998). Tampoco existen criterios establecidos para la identificación de pacientes beneficiarios de exoneraciones, volviéndose éste un procedimiento subjetivo.

En los últimos dos años, el MINSA promovió un cambio de enfoque en el financiamiento de las atenciones de salud: del financiamiento de los factores de producción al financiamiento de acuerdo a la demanda, mediante la implementación de nuevos mecanismos de subsidio, que buscan favorecer la utilización de servicios prioritarios para grupos de riesgo y/o edad específicos: los seguros públicos, como el Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI). El primero, diseñado para asistir a la población tributaria de escuelas públicas, desde los 4 a los 17 años de edad, y el segundo, para asistir a las gestantes y niños producto de esta gestación hasta los 4 años de edad. Estos nuevos mecanismos de extensión del derecho a la atención de salud, cuya evaluación integral todavía está pendiente, buscarían organizar una estrategia de accesibilidad creciente, mediante la "organización y segmentación de la demanda según las condiciones socioeconómicas y los niveles de riesgo" (Fernández et al. 1999).

Un problema persistente es la fragmentación de las fuentes de financiación. Este fraccionamiento dificulta una gestión eficiente y una mejor focalización del gasto sanitario en la población pobre.

3.3. Diferencias culturales

Nuestro país se caracteriza por su diversidad y su pluriculturalidad. Aunque el accionar de salud en las últimas décadas se ha desplegado bajo el marco declarativo de la participación comunitaria, los equipos de salud han desarrollado de forma muy limitada sus capacidades para comprender la manera en la que la población entiende su relación con la vida, la salud y con el desarrollo familiar y comunal. El modelo de atención imperante centra su atención en la relación salud-enfermedad o muerte, separando al individuo de su entorno social, económico, ecológico, familiar y cultural, siendo estas condiciones determinantes en su calidad de vida.

Entre los factores que motivan que se levanten barreras a la demanda de las atenciones de salud, y que dificultan el reconocimiento de los derechos básicos del poblador de las zonas más alejadas, se encuentran: el limitado entendimiento de los profesionales de salud respecto a la percepción de la población sobre la vida y la salud y sobre sus costumbres de vida; la existencia de prácticas de atención poco acogedoras y carentes de sensibilidad, y la relación jerárquica que los propios trabajadores de salud establecen hacia el poblador, y que se ve, muchas veces, reforzada por la falta de recursos económicos de este último.

Estas barreras reflejan la gran heterogeneidad existente en nuestro país. Estudios cualitativos desarrollados en algunos de los departamentos más pobres del país evidencian que los pobladores de las comunidades y el personal de salud tienen ideas muy diferentes respecto a qué es lo normal y qué es necesario en las acciones de salud, particularmente en lo que se refiere al embarazo, parto y puerperio (Ministerio del Reino Unido 1999). Además, resaltan las dificultades que el equipo de salud tiene para comunicarse de manera eficaz con la población indígena, empezando por sus importantes limitaciones para colocarse en el lugar del "otro", de aquella persona a la que va a atender. Tampoco ha existido un enfoque consistente de trabajo que promueva estrategias y acciones de capacitación o reflexión respecto a ello.

3.4. Barreras organizacionales y de gestión

El desarrollo organizacional de la oferta de servicios de salud evidencia aún dificultades vinculadas a: la inadecuada planificación territorial de los servicios de salud y su poco ordenado crecimiento; la limitada capacidad de resolución; la deficiente gestión de los recursos; el modelo de atención, y la calidad de las atenciones.

3.4.1. Planificación territorial de los servicios de salud

En la actualidad, la ordenación de la oferta de servicios de salud presenta retos importantes: los servicios de salud de los establecimientos aún no están integrados para hacer que los flujos de atención de pacientes faciliten un tratamiento en el lugar más indicado de acuerdo a la gravedad de la dolencia, asegurando el transporte del paciente. De otro lado, muchos establecimientos realizan procedimientos para los cuales no están suficientemente capacitados ni equipados, mientras otros tienen bajos índices de producción. Se observa con frecuencia duplicidades de infraestructura, equipamiento y recursos humanos en establecimientos cercanos. Diversas áreas del país tienen un limitado acceso a servicios de mediana complejidad (cesáreas, emergencias quirúrgicas, etc.) adoleciendo además de un adecuado aprovechamiento de las infraestructuras existentes, tanto en el MINSA como en EsSalud (MINSA 2000).

3.4.2. Capacidad de resolución de los establecimientos de salud

Existen distintos problemas relacionados a la *capacidad de resolución de los establecimientos de salud*:

- *Capacidad insuficiente para el manejo oportuno de las emergencias obstétricas*, especialmente en los centros y puestos de salud, pese a que atendieron el 31% de los partos del MINSA en el año 2000 (Ministerio de Salud - Dirección General de Salud de las Personas / Programa Nacional Materno Perinatal). En un estudio realizado en 1997 por el Population Council en Huancavelica, sólo el 64% de 12 establecimientos visitados tenía el mínimo equipamiento necesario para realizar el control pre-natal. En general, en muchos de ellos hay poca capacidad resolutoria, ya sea por infraestructura, insumos o por escasos recursos humanos capacitados.

La carencia de especialistas en el área rural y en hospitales locales es una constante. La ausencia de anestesiólogos es un problema especialmente grave. Sin embargo, el artículo 27º de las Normas del Sistema Nacional del Residentado Médico, obliga a los residentes graduados a trabajar por 12 meses fuera de los ámbitos de la capital del país. Esta norma nunca ha sido aplicada. En una encuesta realizada en 1998 por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) en 38 hospitales de nivel II, se encontró que del total de médicos, sólo entre 20% a 39% eran especialistas. Si se desea reducir la mortalidad materna y perinatal se deberá contar con tecnología eficaz y eficiente para la atención primaria y el mejoramiento de la calidad de los sistemas de prestación de salud.

- *Sistema de comunicación, alarma y transporte no funcional*. Uno de los tres retrasos planteado por Thaddeus y Maine (1994) para la comprensión de la causalidad de la muerte materna, justamente tiene que ver con la accesibilidad física de los establecimientos, la distancia y facilidades de viaje y la disponibilidad de medios de transporte.

Existe, además, una barrera por desinformación, ya sea de los servicios de salud o de la comunicación interpersonal de los prestadores que influye en la ausencia de atención o atención tardía ante una emergencia. Sólo en algunas DISAS, por razones de proyectos o programas especiales como el Seguro Materno-Infantil, se ha mejorado el sistema de comunicación y transporte. La gran mayoría de establecimientos carece de un sistema de comunicación por radio, que la experiencia ha mostrado ser de gran utilidad en el asesoramiento a distancia en el manejo de emergencias en puntos remotos.

- *Deficitario sistema de referencia y contrarreferencia*. Si bien se promueve la constitución de redes de atención, en la práctica, éstas tienen una serie de limitaciones, como el casi inexistente sistema de referencia y contrarreferencia. Ello ocasiona la pérdida de una atención oportuna y del seguimiento de la persona que requirió la referencia con los efectos sobre el aspecto clínico, docente, y hasta económico por el hecho de que muchas veces se tienen que repetir las pruebas auxiliares de diagnóstico.
- *Recursos humanos insuficientes*. En las áreas rurales y alejadas del país, los recursos humanos son escasos y con limitada competencia técnica para el reconocimiento de signos de alarma y solución de emergencias. Sólo 733 médicos trabajan en los establecimientos del MINSA del área rural y 1,922 en zonas de pobreza ya sean urbanas o rurales. Existe, en el país, una distribución desigual de los profesionales de salud. Mientras que en los departamentos de mayor pobreza la tasa de médicos es de alrededor de 3 por cada 10,000 habitantes, en Lima es 6 veces mayor. Además, muchos de los que trabajan en las zonas rurales tienen poca adaptabilidad a la realidad social y cultural de la región a la que han sido asignados, existiendo también, en muchos de ellos, una barrera idiomática.
- *Recursos humanos poco incentivados*. Los recursos humanos se encuentran poco incentivados debido a las modalidades de su contrato laboral. El programa de Salud Básica para Todos creó bonos salariales que muchas veces duplicaban los salarios normales, como una forma de facilitar la contratación de profesionales de salud en áreas rurales y pobres del país, financiando hasta el 40% de los médicos del MINSA que laboraban en los 7 departamentos más pobres. Sin embargo, todos ellos se encuentran bajo la modalidad de contratados, sin estabilidad y sin beneficios ni seguro médico. Esto aunado a la falta de

servicios y comodidades que satisfagan las necesidades urbanas de vida, tanto de ellos como de sus familias, ocasiona una alta rotación de personal. Se hace necesaria la creación de ciertos incentivos no económicos que permitan hacer más atractivas esas posiciones.

- *Recursos humanos con limitaciones profesionales.* Los recursos humanos con los que se cuenta tienen limitaciones para un trabajo eficaz en el primer nivel de atención. La falta de interacción con los servicios por parte de las instituciones locales formadoras de profesionales de la salud reducen sus posibilidades de actualización y adecuación de contenidos educativos, limitando una formación de profesionales más acorde a las necesidades de los servicios periféricos y la población.

En el caso de la *medicina humana*, si bien las facultades consideran en sus planes de estudio prácticas rurales y urbano-marginales en puestos y centros de salud de la periferia, existen marcadas limitaciones de orden metodológico, de los contenidos desarrollados y de la disponibilidad de recursos para estas actividades. En el aspecto metodológico se dan problemas de: inexperiencia de algunos docentes en el trabajo de campo; escasa preparación de los estudiantes en aspectos culturales e idiomáticos, y falta de desarrollo de métodos e instrumentos adaptables a las realidades rurales. De otro lado, una revisión de los contenidos brindados evidencia, en muchos de ellos, un nivel de generalidad y un sesgo excesivamente descriptivo.

En otros casos, el esfuerzo formador no llega a cubrir sino parcialmente la realidad laboral del futuro profesional. Así, aun cuando la mayoría de las facultades incorporan cursos o temas referidos a la administración de servicios de salud, pocas son las que realizan sus prácticas en establecimientos del primer nivel de atención, y por tanto no obtienen la experiencia de conformar un equipo de salud que usualmente trabaja en condiciones desventajosas (Frisancho 1993).

3.4.3. Gestión moderna y eficaz

Existen, asimismo, dificultades para una *gestión moderna y eficaz de los establecimientos de salud* debido al régimen administrativo imperante y a la falta de habilidades instaladas y capacidades de gestión de los recursos. Se carece, por ejemplo, de sistemas de evaluación de desempeño institucional e individual que premien los logros; así como de mecanismos de apoyo a la gestión y de control eficiente de los gastos, resultando necesario contar con instrumentos legales y normativos apropiados.

La necesidad de garantizar una gestión eficaz requiere de un cierto ámbito descentralizado de toma de decisiones para que los recursos necesarios estén

disponibles para el conjunto de la población, optimizándose así el rendimiento, reduciéndose los costos administrativos y generándose economías de escala; lo que facilitaría una adecuada distribución del financiamiento según las necesidades de la población.

En el esquema tradicional de gestión, todavía no superado en la mayoría de Direcciones de Salud, las relaciones vinculadas a decisiones, recursos, información y control se manejan bajo una dependencia jerárquica que produce retardo, complejidad e innecesario uso de recursos adicionales.

El puesto de salud interactúa con y depende del centro de salud, que a su vez se relaciona con una instancia intermedia –tipo Unidad Territorial de Salud, ZONADIS– que, en algunos casos, incluye al hospital local. Esta instancia intermedia depende de la Dirección Regional y, finalmente, esta última de la Sede Central. Además, muchas veces tienen lugar interacciones con niveles situados por encima del inmediato superior, agregando mayor complejidad o variedad. Actualmente se han generado instancias como los CLAS y las redes, estando las instancias intermedias en proceso de transformación hacia las gerencias de red.

Como consecuencia de esta coexistencia entre una propuesta de cambio y el modelo tradicional, en varias zonas de nuestro país se da una variedad de modelos de gestión. En el más tradicional de ellos, la gestión se ejerce a través de un esquema de relación jerárquica y de muchos niveles en el aparato de prestación y gestión, con una multiplicidad de cadenas de decisión. Estas cadenas funcionales y niveles jerárquicos demandan requerimientos con frecuencia crecientes sobre los niveles de operación. El manejo de recursos deviene en altamente complejo, derivado de su operatividad fragmentada y de las pautas normativas vigentes; lo que ocasiona un alto costo de la gestión. Simultáneamente, pese a las mejoras en las capacidades de gestión, la normatividad actual privilegia la decisión de responsables y órganos supervisores (MINSAP/Proyecto Salud y Nutrición Básica 1999).

En lo referente a los sistemas de apoyo a la gestión, existe un *deficiente sistema de registro y estadística*, con alto subregistro. Las instancias de gestión de base e intermedias cumplen más un papel de transmisores hacia arriba y hacia abajo de información y manejo de recursos; los sistemas de información están fragmentados y orientados mayormente a actividades de apoyo, no existiendo mayores mecanismos de retroalimentación. La poca confianza que genera el sistema impide que sea utilizado como un instrumento útil de gestión. Este es un problema aún no resuelto, pese a que a inicios de la década de los 90, se estableció el Health Information System (HIS) como sistema único de información que afecta no sólo a este nivel de atención, sino a todo el sistema de salud. Este sistema de registro y estadística resultó ser no sólo complejo, sino insuficiente y

deficiente, lo que ha ocasionado que en la actualidad los principales programas cuenten con su propio sistema de información, lo que impide una visión de conjunto. Si no fue útil desde el punto de vista administrativo, menos aún lo es desde el punto de vista epidemiológico.

Al estar la gestión orientada hacia el establecimiento y no a los procesos de atención, hacia el cumplimiento de metas numéricas de actividad y no a resultados, *la supervisión se vuelve fundamentalmente administrativa* y de tipo fiscalizador más que de desempeño profesional, o de calidad de la atención. La supervisión es mayormente centralizada, costosa, poco efectiva y combina el control con la capacitación. Esta supervisión, ha sido por muchos años fragmentada por programas y dirigida a revisar el cumplimiento de normas y metas.

3.4.4. Modelo de atención

El *modelo de atención* todavía imperante privilegia la existencia de quince programas nacionales de salud, con duplicaciones, ineficiencia en los mecanismos de uso de los recursos asignados, y derivados verticalmente a las regiones de salud, con poco criterio de priorización local.

En muchos establecimientos de salud, existe, además, un esquema de atención basado en la *atención reactiva a la demanda que acude a los establecimientos*, descuidando, en diversas ocasiones, un trabajo extramural a nivel comunitario que incida en la educación en salud, difundiendo medidas higiénicas y conductas saludables. Se han realizado escasas labores de saneamiento ambiental, especialmente en lo que concierne a eliminación de desechos, control de vectores y construcción de letrinas. Esta actitud poco participativa es la que ocasiona que en muchos puestos de salud, el promedio diario de atenciones no sea mayor de tres, con subutilización del establecimiento y del personal. De la totalidad de centros y puestos de salud a nivel nacional, sólo 540 producen el 80% de las atenciones.

Otro problema a destacarse es la *no-estandarización del manejo clínico de casos*. Pese al esfuerzo de capacitación realizado por los diferentes proyectos, y la elaboración de protocolos, aún falta uniformizar criterios clínicos en el manejo de las principales entidades médicas. Esto, además de la limitada educación médica a distancia, es la causa de que aún se utilicen criterios de manejo ya superados y que suponen mayores costos.

3.5. Barreras para el desarrollo de la participación social en salud

La *participación social en salud* es entendida como “el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio

bienestar y el de la colectividad, así como la capacidad para contribuir consciente y constructivamente con el proceso de desarrollo” (MINSALPAAG 1997).

En el Perú, existen diversas experiencias de “promoción de la participación social”. Estas expresiones traducen distintas formas de entenderla, así como la propia evolución del concepto. La más rudimentaria es aquella que considera a las personas como simples receptoras de la atención de salud, negándoles espacios para una participación que no sea la de *beneficiario*, bajo un marco de relación vertical.

Un segundo modelo entiende la participación como una colaboración o contribución a la promoción de la salud, mediante el apoyo voluntario de la población a determinados programas y proyectos de desarrollo social formulados y establecidos por los equipos de salud o las autoridades locales. Bajo este concepto, la participación de la población suele ser patrocinada o tutelada, manteniéndose una relación de verticalidad entre los trabajadores de los establecimientos de salud y las personas, vistas como instrumentos o recursos que facilitan la acción del Estado (OPS 2000).

Durante las tres últimas décadas, una de las expresiones más difundidas de este modelo en nuestro país tomó base en la cooptación de personas de la comunidad para asociarlas al trabajo de salud, constituyéndolas en vínculos entre el establecimiento y su comunidad: *los agentes comunitarios de salud*. Es conocida la importancia e influencia que los agentes comunitarios tienen en las poblaciones, en especial en las rurales con gran arraigo cultural, por lo que muchas estrategias exitosas para salud colectiva o para reducir la morbi-mortalidad materno infantil recaen en ellos. Sin embargo, la falta de entendimiento del rol que estos agentes comunitarios de salud deben cumplir y el limitado y poco sistematizado trabajo extramural por parte del personal de salud deviene en un *débil contacto* y en una *mala articulación de estos agentes comunitarios* (promotores, parteras tradicionales, etc.) en las acciones de salud.

Una condición básica para alcanzar éxito en el trabajo con los agentes comunitarios de salud es el adecuado conocimiento de los intereses, la dinámica y la estructura social de la población. En repetidas ocasiones, la relación vertical que se establece obliga a que el promotor de salud se constituya simplemente en una suerte de “coordinador logístico” de las visitas de trabajo a las comunidades, y en canal de comunicación, casi siempre unidireccional, entre la población y los trabajadores de salud. Como consecuencia de ello, se pierde el principio esencial que debiera impulsar la labor de un promotor de salud, y los líderes reales de la comunidad no participan ni son consultados para entender y abordar sus problemas de salud-enfermedad.

Además, el desorden con el que diferentes instituciones desarrollan distintas intervenciones a nivel comunitario, y la falta de orientaciones claras al respecto, han fomentado el surgimiento de agentes de salud de la más variada índole, que responden con un sentido de pertenencia a la entidad u organización que los capacita (movilizadoras, promotores de club de madres, promotores de leishmaniasis, promotores de tuberculosis, promotores de salud que constituyen enlace con ONGs locales, promotores de salud de la Iglesia Católica, de las iglesias evangélicas, etc.) (Frisancho 1993).

La presencia de tan diversos agentes comunitarios de salud demanda una concertación y unificación de criterios de las instituciones que los auspician, ante el riesgo de estar generando división al interior de la comunidad y duplicación de actividades, así como también un fenómeno de desclasamiento de los promotores. Esto último se basa en el "status" que adquiere el promotor, producto no sólo de la labor que realiza, sino de su vínculo con el establecimiento y otras autoridades locales. El hecho de recibir beneficios institucionales, directos o indirectos, puede motivar en ellos la pérdida de identidad con sus congéneres y, a la larga, su alejamiento de la comunidad, buscando el provecho personal y el progreso social.

Una variante de la participación de la población como colaboradora de las acciones de salud la constituye el enfoque de *participación comunitaria*, mediante la organización de la comunidad en comités o grupos de apoyo a los programas y proyectos de desarrollo social, los cuales además de gestionar y obtener recursos para la comunidad pueden transformarse en un agente activo de su desarrollo. Sin embargo, la posibilidad de interactuar con la "comunidad" como interlocutor válido se ve limitada ante el uso de instrumentos de participación colectiva tradicionales, el escaso desarrollo de redes sociales que armonicen la heterogeneidad de intereses y la pérdida de capacidad de convocatoria y de representatividad de un importante número de estructuras de representación comunitaria (OPS 2000).

Finalmente, se tiene el enfoque de *participación como mecanismo de control social*, entendiendo como tal la capacidad de las personas de hacer valer sus derechos a la protección de la salud por el sistema de atención. Este enfoque, que no ha sido hasta ahora asumido por los efectores de salud, se contrapone directamente a la histórica marginación de la población en la definición de sus problemas de salud y sus propuestas de mejora, así como en su derecho a "conocer" para poder asumir de manera consciente su responsabilidad respecto a su propio bienestar.

Una visión de participación integral en salud pasa también por mejorar la *poca concertación con otros sectores públicos y privados, gobierno local y comunidad*, para la ejecución de acciones de salud colectiva y de manejo del medio ambiente. También se podría agregar la casi nula coordinación y concertación con los otros

subsectores como EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú y sector privado. A pesar de la existencia a nivel regional de distintas experiencias de concertación local en pro de la salud, y de situaciones de emergencia nacional o regional, como la epidemia del cólera, o las consecuencias del Fenómeno del Niño, lo cierto es que en una mayoría de ocasiones se actúa en compartimentos estancos.

4. Principales políticas de cambio

El reforzamiento operativo de la atención del primer nivel realizado a partir de 1993, que permitió la ampliación de la oferta de servicios especialmente en el ámbito rural, deberá indudablemente perfeccionarse para mejorar su desempeño y calidad. Esto no podrá lograrse sólo con la corrección de los problemas arriba identificados, sino que deberá pasar por una reorganización de los sistemas de atención bajo un marco de descentralización de los servicios de salud. Además, deberá implicar un cambio en la carrera funcional de los profesionales y técnicos de salud, así como en sus condiciones contractuales y laborales. No menos importante será promover un cambio en la estructura curricular de formación de los recursos humanos que permita contar con el perfil de profesional adecuado para un enfoque de salud integral que ponga especial énfasis en los aspectos preventivos.

4.1. Políticas de disminución de las barreras económicas de acceso a la atención de salud

Se plantea la gratuidad de la atención en el primer nivel para un paquete predeterminado básico de servicios, que incluya medicinas y cirugía básica. Esto permitirá ofrecer a la población más desprotegida al menos un mínimo de servicios de salud, incluyendo atenciones quirúrgicas, a las cuales tiene un limitado acceso por sus costos. Las acciones de este paquete básico se darían en salud individual y colectiva. En salud individual cubre aspectos de salud reproductiva, salud del infante y otros en los que se encuentran salud oral e intervenciones quirúrgicas más frecuentes. En salud colectiva se contemplan acciones de mejora del medio ambiente.

En los últimos años, se han desarrollado varios estudios sobre distribución geográfica de los recursos económicos. Estos estudios han evidenciado la inequitativa distribución de los fondos; han propuesto fórmulas simplificadas para una mejor asignación e incluido planteamientos acerca de cómo avanzar hacia esa mejor distribución de fondos de manera paulatina, sobre la base de concentrar recursos adicionales en los más necesitados. Adicionalmente, se han identificado las provincias más pobres en las que no deberían realizarse cobros, así como las atenciones que habría que priorizar haciéndolas gratuitas en forma

universal. Una propuesta del contenido de este paquete básico de servicios se encuentra en el Anexo 1.

El financiamiento deberá ser con fondos del Tesoro Público vía impuestos, y la asignación se hará bajo un sistema de capitación. Esta medida debe estar acompañada de mecanismos efectivos de control del gasto y de incentivos al mejoramiento de la calidad y cumplimiento de metas.

Las redes de salud deberán necesariamente tener una población asignada, de la cual serán responsables. Esto será la base para el sistema de capitación, incluyendo un fondo de contingencia por siniestralidad, es decir, aquellos casos que deban ser referidos a los hospitales nacionales.

La implementación de esta propuesta requiere de un mecanismo de asignación de recursos que, dejando de lado la tradicional financiación de factores de producción, esté orientado a cubrir las demandas y necesidades de la población. Con este fin, se propone optimizar la estrategia de “contratación de servicios” a través de *acuerdos o compromisos de gestión*, que han supuesto una mejora en la metodología de evaluación de resultados sanitarios y en la claridad y orientación de los compromisos.

Estos acuerdos o compromisos de gestión, además de dotar de una mayor transparencia a la relación entre financiamiento y producción, permiten estimular la competitividad entre los prestadores y articular mecanismos de incentivación orientados a los objetivos del sistema, ya sea en términos de ganancias de salud, mejoras de productividad, aumento de coberturas y de accesibilidad a los servicios, como a la mejora continua de la calidad.

El acuerdo de gestión debería incorporar políticas activas de focalización de los servicios en la población pobre como son: los pagos mediante capitación prospectiva, ajustados por pobreza o riesgo biológico, o el establecimiento de fondos específicos de exoneración destinados a las Redes, en función del cumplimiento de compromisos de exoneración a los grupos poblacionales más desfavorecidos y de mejoras de cobertura.

La implementación de esta política deberá ser progresiva, iniciándose en las zonas más pobres del país, y luego haciéndola extensiva al resto del territorio, corrigiéndose los problemas encontrados en las experiencias iniciales.

En un escenario de mediano-largo plazo, las acciones deberían orientarse hacia lograr que el pago capitativo ajustado por persona protegida fuese idéntico para todo el país, lo cual permitiría reducir los desequilibrios territoriales. Este sistema plantea menores costos administrativos, y contribuye a ampliar la cobertura,

facilitando justamente el acceso a servicios a los más pobres, pues podrán ser atendidos en cualquier lugar, evitando el difícil proceso de identificación o de calificación de pobres para la exoneración de costos.

Para un mejor manejo de la propuesta, deberían unificarse todas las fuentes de financiación (incluidos el SEG y el SMI), si bien los esquemas de contraprestación pueden ser variados. La propuesta tendría que incluir, asimismo, una serie de aspectos que no están usualmente englobados dentro de los fondos a asignar, como son los establecimientos de referencia nacional, los fondos de investigación y otros necesarios para la cohesión del sistema sanitario nacional.

Las experiencias internacionales y la evolución creciente hacia modelos de integración de cuidados y de colaboración entre proveedores, hacen que el sistema de capitación prospectiva sea el más adecuado para financiar a las redes, siendo éstas quienes distribuirán recursos entre sus proveedores dentro de una lógica consonante con los objetivos mencionados.

Finalmente, con relación a la implementación no suficientemente validada del Seguro Materno-Infantil, su extensión y consolidación debería contemplar las siguientes características (Fernández et al. 2001):

- El paquete de atención del SMI tendría que promover atenciones más costo-efectivas, sobre todo aquellas vinculadas a la promoción y prevención de la salud, dentro de las cuales las relativas a la salud reproductiva de las mujeres no gestantes debieran ocupar un lugar relevante. Se considera que las acciones de interacción educativa con la comunidad constituyen una inversión para el país.
- La extensión del seguro ha de servir de estrategia de focalización del gasto en salud mediante la priorización de las áreas geográficas con mayores necesidades y niveles de pobreza, coadyuvando, de esta manera, en la corrección de las desigualdades hoy existentes en la asignación de recursos y el gasto sanitario per cápita.

4.2. Políticas de adecuación cultural de los servicios de salud

Se requiere establecer mecanismos que contribuyan al análisis e intercambio de las experiencias de adecuación cultural de la atención de salud desarrolladas en el nivel regional. Sobre la base de una adecuada sistematización de las experiencias, se debe favorecer la generación de conocimiento y el aprendizaje institucional.

A fin de que la futura incorporación de las estrategias de adecuación cultural no sea un mero hecho mecánico de aplicación de un protocolo más, sino una acción

sustentada en la comprensión del mundo cultural que da sentido a dichas técnicas y prácticas, se deberá desarrollar a nivel de los equipos de salud estrategias de interacción cultural y social con su entorno (MINSA\ Proyecto 2000 1999).

Se promoverán experiencias de articulación docente-asistencial para un mejor entendimiento de la realidad local por parte de los profesionales de salud. Se debe promover el compromiso de las instituciones formadoras en conocer y participar de los procesos de atención de salud en el primer nivel. Se establecerán estrategias y mecanismos que faciliten su presencia activa, además de la consiguiente adecuación de la currícula de estudios tanto a las características y problemas de salud que se presentan en los ámbitos de trabajo asignados a sus egresados, como a la identificación y análisis de los determinantes sociales y culturales que intervienen en los procesos de salud-enfermedad de la población (Frisancho 1993).

Adicionalmente, se apoyarán investigaciones locales dirigidas a conocer mejor las actitudes y comportamientos de la población respecto a su proceso salud-enfermedad y las redes sociales de apoyo comunal o vecinal que se organizan alrededor de los problemas que enfrenta la población.

Quizá el elemento más importante en este acápite sea una intensa campaña de difusión y sensibilización respecto a los derechos y deberes en salud a nivel de los mismos pobladores, de los integrantes de los equipos de salud de todos los niveles de atención y de los líderes comunales, así como la validación de mecanismos que permitan hacerlos efectivos. Se hace necesaria la implementación de mecanismos de control social y defensa de estos derechos.

4.3. Políticas de disminución de las barreras organizacionales y de gestión

El propósito de las políticas y estrategias a desarrollar debería estar centrado en la articulación de un modelo organizativo con las siguientes características: a) que esté enfocado a las necesidades de salud de la población; b) que oriente los servicios de salud a esas necesidades, coordinando e integrando la atención en todas las fases de la enfermedad; c) que utilice los incentivos financieros y la estructura organizacional para armonizar los lineamientos de políticas de salud, con las demandas y necesidades de la población, de los gestores y de los profesionales de salud, d) que esté abierto a colaborar con todas las iniciativas que contribuyan a mejorar la salud de la población, mediante la coordinación multisectorial local, y finalmente e) que disminuya las inequidades económicas, de etnia, de género y de edad, que levantan obstáculos a la atención de salud. Para alcanzar este objetivo se plantean propuestas vinculadas a mejorar los siguientes aspectos de los servicios de salud: la planificación territorial; la capacidad de resolución; la gestión de recursos, y el modelo y calidad de las atenciones.

4.3.1. Mejora en la planificación territorial y la capacidad resolutive

Con relación a la mejora de la *planificación territorial de los servicios de salud y de su capacidad de resolución*, el Ministerio de Salud debería contar con un Plan Estratégico, que facilite la implementación de un sistema integral de evaluación sanitaria, con indicadores de situación de salud, accesibilidad a los servicios, calidad, equidad y eficiencia, en coordinación con los responsables de los distintos programas e instancias del MINSA.

Las autoridades regionales de salud, deberán, además, capacitarse en métodos y técnicas de evaluación de ineficiencias; detección de oportunidades de racionalización de los recursos, y planificación territorial de los establecimientos, con el objeto de priorizar un reordenamiento de los recursos disponibles y coordinar, cuando fuere necesario, con otros proveedores esquemas de contraprestación de servicios.

Las líneas estratégicas de desarrollo de la planificación territorial serían las siguientes (Fernández et al. 2001):

- Identificar las estructuras centrales y regionales en el MINSA, responsables de: establecer los criterios generales de planificación territorial; impulsar y coordinar los estudios necesarios para el ordenamiento de las redes de servicios en el ámbito regional, y adaptar la normativa de constitución de los CLAS a los criterios de la planificación territorial.
- Regular con carácter normativo la obligación por parte del MINSA y EsSalud de realizar una planificación conjunta de sus recursos sanitarios en el medio rural y, en particular, en zonas geográficas con poblaciones dispersas.
- Priorizar la realización de estudios de redimensionamiento del ámbito regional, que permitan superar la actual configuración empírica del espacio territorial de las redes y que posibiliten la planificación de la atención hospitalaria en el nivel global de la región, con una visión de mediano y largo plazo.
- Planificar los puntos de prestación de servicios de emergencias, radiología, laboratorio y atención al parto con visión global de red (y no con una perspectiva limitada a cada establecimiento o micro-red), analizando el tiempo máximo en el cual las familias puedan acceder a este tipo de atención.
- En el medio rural, adscribir a los profesionales a equipos de atención primaria de dimensión suficiente, y no a establecimientos concretos, a fin de garantizar una flexible y eficiente atención en los distintos establecimientos de la red de

salud. Adecuar los horarios de funcionamiento de cada establecimiento a la demanda real observada.

- Establecer objetivos e indicadores de accesibilidad a los distintos tipos de servicio y un sistema permanente de monitoreo de la eficiencia y equidad en la distribución territorial de los recursos, utilizando para ello indicadores de base poblacional, con poblaciones estandarizadas por sexo, edad y dispersión geográfica.
- Incluir en los acuerdos de gestión compromisos de optimización y redimensionamiento, de acuerdo a las prioridades establecidas en los correspondientes estudios, o deducidas de los sistemas de monitoreo de la eficiencia y equidad en la distribución territorial de los recursos.

Entre los compromisos arriba mencionados, se deberán priorizar las inversiones en el sistema de transporte y las telecomunicaciones, los que a su vez harán posible ordenar los establecimientos por niveles de cuidado, e integrar la red de servicios. En este sentido, se espera contar en un mediano plazo con un *sistema de comunicación que enlace a todos los establecimientos de salud*: Una red de comunicaciones deberá conectar a todos los establecimientos de una red con el centro de salud II, y a éste con el hospital local o nacional. Asimismo, se hace necesaria la *organización de un sistema de alarma y transporte* con la comunidad: muchas de las emergencias, en especial obstétricas, no tienen la posibilidad de ser trasladadas a un establecimiento con capacidad resolutoria, lo que constituye una de las causas de la alta morbi-mortalidad materna en especial en el ámbito rural. Asimismo, es prácticamente imposible que todos los establecimientos puedan contar con movilidad propia, a excepción del centro de salud II y el hospital local, por lo que debe organizarse conjuntamente con la comunidad un sistema de evacuación de emergencias ya sea con vehículos privados o de otras instituciones, y en el caso de no contar con ello, acordar la colocación de símbolos en las vías de comunicación para alertar sobre la presencia de una emergencia y la necesidad del traslado. Habrá que realizar un intenso trabajo de sensibilización para fomentar la solidaridad comunitaria, pues sólo así esta iniciativa tendrá éxito.

El conjunto de estas medidas, permitirá *constituir redes de atención, con sistemas de referencia y contrarreferencia adecuados y operativos*. Habrá que reordenar el sistema de atención con la formación de dos redes: una macro-red con puerta de entrada en el nivel menos complejo y que tenga como cabeza a un centro de salud nivel II con capacidad resolutoria para emergencias obstétricas y perinatales, emergencias infantiles e intervenciones quirúrgicas más frecuentes, o a un hospital de apoyo de acuerdo a las posibilidades en su cobertura

geográfica; una red más pequeña que se constituirá entre los centros de salud II que son cabecera de macro-red con el hospital local en caso de ser necesario en algunos ámbitos geográficos. En la primera red se deberá dar el 100% de las acciones preventivo-promocionales y el 75% de las acciones recuperativas. Por lo tanto, de acuerdo a la realidad geográfica o funcional este esquema puede tener como cabeza de la red más amplia indistintamente a un hospital local o un centro de salud II, y los establecimientos que la conforman serán tanto del MINSA como de EsSalud o de las Fuerzas Armadas y Policiales. La realidad económica del país exige una racionalización de los recursos, por ello, el sector salud deberá hacer uso de toda la infraestructura existente para lograr un acceso universal de la población. El establecimiento cabecera de red, sea centro de salud II u hospital de apoyo será responsable además de la conformación y envío de equipos itinerantes de especialistas que den solución a problemas embalsados en los establecimientos conformantes de la red. Cada red deberá contar con un órgano administrativo operativo y de asignación de recursos, que articule los diferentes establecimientos conformantes de la red. Este órgano deberá contar con participación comunitaria y del gobierno local a semejanza del consejo directivo de los CLAS. A nivel regional y nivel central deberá también existir un ente responsable de las redes. En todos los casos, se debe procurar que la puerta de entrada al sistema de salud sea el establecimiento de primer nivel de atención y no los hospitales. Aquellos casos cuya resolución escapa a las posibilidades de la red, deberán ser derivados a los hospitales nacionales. El costo que implique el tratamiento de aquellos casos será cargado a la red.

Según cada realidad regional se buscará la mejor articulación con los establecimientos bajo la administración de los CLAS.

Resulta importante formular mecanismos de incentivo adecuados al logro de resultados a nivel de red. La asignación de incentivos, en particular si tienen carácter económico, exige un alto grado de consenso sobre la adecuación de los sistemas de evaluación. Se recomienda iniciar estas experiencias mediante la asignación de incentivos económicos a la red en su conjunto, en función de la mejora de rendimientos según indicadores acordados, y cuyo destino debería limitarse a la realización de inversiones en instalaciones o equipos, asistencia u organización de actividades docentes, etc. Se podría empezar con un esquema de “competencia interna”, en el cual la red que mejor “puntuación” haya obtenido se haga acreedora al 100% de los incentivos previstos, mientras que las redes restantes recibirían un porcentaje de los incentivos pactados proporcional a la puntuación que cada una haya obtenido en relación con la calificación obtenida por el mejor. Asimismo, debe valorarse la incentivación a los gerentes de la red con un porcentaje del incentivo asignado a la red (Fernández et al. 2001).

4.3.2. Mejora en la gestión de los recursos

Con relación a la *gestión de los recursos*, se plantea la *descentralización de los servicios del primer nivel*, que deberá ser a nivel local, e implementarse sobre la base de la constitución de las redes de atención anteriormente descritas, con autonomía en la capacidad de decisión y en el manejo de los recursos, que le permitan atender las necesidades locales de salud.

La descentralización hará posible mejorar el acceso, pues las autoridades locales pueden responder en forma más apropiada y oportuna a las necesidades individuales, familiares o comunitarias de la población. Desde el punto de vista administrativo, se mejora el control y fiscalización de los establecimientos, promoviéndose, además, una mayor movilización de recursos municipales, que de otra forma no se generarían. Por último, la descentralización permite una mayor participación comunitaria.

4.3.3. Modelo de atención y mejora en la calidad de atención

Con relación al modelo de atención y a la mejora en la calidad de la atención, se propone, entre otras medidas, lo siguiente:

- *Promoción de la información, educación y comunicación a nivel comunitario.* Esta actividad deberá ser respetuosa de las tradiciones y estar adecuada al contexto cultural. Deberá incidir en cuatro aspectos: hábitos y conductas saludables, incluyendo prevención de accidentes, protección del medio ambiente, reconocimiento de signos de alarma, especialmente en gestantes e infantes, y revertir la imagen negativa de la calidad y características de los servicios de salud. Se deberá usar el medio radial, escrito y la comunicación sin letras. A nivel periférico, será particularmente importante articular una estrategia de medios múltiples, simultáneos y complementarios: radio, video, materiales impresos, así como reuniones de análisis y planificación local con la población. Se deberá aprovechar espacios como las escuelas, organizaciones de mujeres y jóvenes, ferias y faenas comunales (MINSAP/Proyecto 2000 1999).
- *Adecuación de los servicios de atención.* A través del establecimiento de casas de espera maternas, ubicadas cerca de los centros de salud II para las gestantes identificadas como de alto riesgo. El personal de salud de los establecimientos conformantes de la red referirán a aquellas gestantes de riesgo ya sea por evolución prenatal o por condiciones propias en que se producirá el parto, por lo menos unas seis semanas antes de su fecha probable de parto.
- *Provisión de protocolos para el manejo clínico estandarizado.* Todos los establecimientos deberán contar con protocolos de manejo clínico, en especial de las

principales emergencias. Esto, además de las repercusiones positivas desde el punto de vista médico, tendrá también un impacto en la parte administrativa y de costos. La existencia de protocolos permite un manejo estandarizado, a la vez que actualizado pues se van renovando de acuerdo a nuevos criterios médicos. De otro lado, permite racionalizar los recursos en especial farmacológicos, facilitando con ello el sistema de estimación de costos.

- *Establecimiento de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad del servicio.* Esto se llevará a cabo mediante instrumentos de información que midan los logros de estándares para cada uno de los procesos organizativos, el logro de resultados intermedios, como puede ser el caso de la mortalidad materno-perinatal, y la satisfacción de las y los usuarios. Deberá propiciarse una cultura de auto-supervisión como un ejercicio permanente. Un modelo que puede adecuarse es la metodología de monitoreo-capacitación-planificación que se viene utilizando en el mejoramiento del uso racional de medicamentos en hospitales, además de un formato de auto-evaluación que desagregue las metas en diversos indicadores fácilmente verificables por el propio equipo de salud.
- *Equipos itinerantes de salud.* Al menos el 70% de la población asignada a una red de servicios en zonas rurales debe acceder en un máximo de seis horas a la atención por un profesional de salud por las vías habituales. Para el caso de población a más de tres horas de acceso al establecimiento, la red deberá organizar sus recursos para implementar estrategias de atención extramural itinerante. Para las poblaciones que exceden estos criterios se establecerá un programa de atención mediante equipos itinerantes de salud, con el fin de atender a las poblaciones dispersas y más alejadas. A ello se puede agregar, un programa de atención especializada itinerante al interior de las redes de servicio a cargo de los residentes, que atienda el embalse de patología propia de ciertas especialidades, o en sitios donde sea posible realizar cirugía electiva.

Se propone *mejorar la disponibilidad de recursos humanos*, para que el componente menos complejo de la red que es el puesto de salud I cuente con el personal mínimo necesario, es decir, enfermera, obstetrix y técnicas de enfermería. Además, el puesto de salud II debe contar con médico, de preferencia médico familiar y asistencia odontológica. Todos los otros problemas de salud que escapan a las posibilidades de estos dos tipos de establecimientos serán resueltos por los equipos itinerantes o derivados al centro de salud II. A nivel de centro de salud II u hospital de apoyo deberá contarse con recursos humanos capacitados en la resolución de emergencias especialmente obstétrico-perinatales. Esto implica contar con obstetras, pediatras y anesthesiólogos.

Se recomienda *implementar un cambio en la carrera funcional*. Con el objeto de contar con recursos humanos suficientes en el primer nivel de atención

especialmente en áreas rurales, todos los profesionales de salud deberán realizar dos años de trabajo en el primer nivel de atención lo que correspondería al nivel inicial del escalafón médico, requisito indispensable para poder postular a segunda especialización y puestos públicos. En un reconocimiento a la labor que realizan estos profesionales de salud y a sus condiciones de trabajo, la remuneración sería proporcionalmente mayor a la de servidores del siguiente nivel, y contaría con seguro médico y otros beneficios. Se debería reorientar el financiamiento hacia las zonas más prioritarias.

Se plantea, asimismo, *cambiar la estructura curricular de formación de recursos humanos*: Es necesario adecuar la formación de recursos humanos de salud a las reales necesidades del país, dándosele énfasis a una formación integral con conocimientos básicos de salud pública, que priorice lo preventivo sobre lo recuperativo, capacitándose en la atención de los principales perfiles epidemiológicos de nuestra diversidad poblacional. Parte importante de la formación será la comprensión del contexto multicultural de nuestro país y de los diversos sistemas médicos que operan en él, así como la promoción de un enfoque de derechos humanos en salud.

Entendiendo la propuesta del acápite anterior como una extensión y consolidación del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), se hace necesario comprometer la participación de las instituciones formadoras en este proceso. Una estrategia para ello, es la asignación de un ámbito regional determinado a cada universidad, con el objeto de especializar la formación de profesionales del SERUMS. De este modo, los postulantes al SERUMS se inscribirían para las plazas que se ofrecen en dichos ámbitos jurisdiccionales. Los profesionales de las universidades que forman un gran número de recursos humanos (particularmente de las universidades de la capital de la República) postularían a plazas de las regiones menos desarrolladas, a fin de complementar sus requerimientos. De esta manera, docentes de salud pública de las universidades se podrán integrar a los equipos responsables de la supervisión, capacitación y evaluación de los profesionales del SERUMS, contribuyendo a un mejor análisis de la ejecución del servicio y del aporte institucional a la solución de los problemas de salud de la población. Además, esta articulación docencia-servicio abre la posibilidad de brindar una mejor orientación de los contenidos de cursos como antropología, sociología, gestión de servicios, etc., así como de adaptar la práctica clínica de cursos como obstetricia y pediatría. En el caso de los estudiantes, se ofrece también la oportunidad de revalorar materias como quechua para medicina, medicina tradicional y medicina legal. La supervisión conjunta se constituye, así, en un continuo proceso de enseñanza-aprendizaje de la realidad local (Frisancho 1993).

El sistema de residentado médico tendrá que reexaminar la distribución de plazas para sub-especialidades en función de los requerimientos epidemiológicos.

Deberá haber un incremento progresivo de las plazas para especialidades básicas y para anestesiología, y se deberán crear nuevas plazas en administración de servicios de salud, por ejemplo. Asimismo, se deberán identificar las necesidades y priorización de especialistas desde el nivel central con participación de las autoridades regionales de salud. Cabe recordar que el Ministerio de Salud es el gran empleador de profesionales de salud en el país, por lo que puede muy bien seleccionar a sus médicos bajo un cierto perfil. Esto obligará a las instituciones formadoras de recursos humanos en salud a tratar de adecuar su currícula a ese perfil por razones de mercado. Una iniciativa interesante es la que propone la progresiva especialización de los médicos generales hacia médicos de familia, sobre todo aquellos que laboran en establecimientos del primer nivel. Las autoridades regionales deberán, por su parte, generar incentivos adicionales para atraer especialistas a laborar en el ámbito descentralizado. A este respecto, se puede establecer una línea de carrera para aquellos profesionales de mejor desempeño en una experiencia progresiva de trabajo rural. En el caso médico, ésta podría ser:

- dos años como médico del SERUMS, en el primer nivel de atención.
- dos años como médico de centro de salud de zona urbano-marginal o como médico jefe de un CLAS.
- estudios de especialidad en medicina familiar, que tendrían como requisito los pasos anteriores y el compromiso de retornar a la región de origen.

4.4. Promoción de la participación social en salud

Si bien la Ley General de Salud de 1997 reconoce el derecho a la participación de los ciudadanos en temas de salud, lo hace esencialmente en su condición de usuarios de los servicios de salud. Además, su desarrollo es mínimo en el texto legal, y al igual que el caso de los derechos ciudadanos en salud, no están reglamentados los mecanismos que favorecerán su ejercicio.

Existe la necesidad de formular lineamientos nacionales orientadores de la participación social en salud. Estos lineamientos deben rescatar la amplia experiencia desarrollada, tanto en el trabajo con organizaciones de la sociedad civil (ONGs, Iglesia), como en la participación directa de las organizaciones “naturales” de la comunidad o, más recientemente, en la incorporación de representantes ciudadanos en la administración y conducción de las acciones de salud.

Para lograrlo, es menester superar la escasa comunicación existente entre las direcciones regionales de salud e instituciones de la sociedad civil que han desarrollado experiencias innovadoras de participación social y el nivel central.

El Ministerio de Salud deberá convocar a diversas *organizaciones no-gubernamentales (ONGs) u otras organizaciones de la sociedad civil* a distintos espacios

de intercambio de sus experiencias de trabajo, y de las lecciones que de ellas se desprenden. El análisis crítico de los hallazgos, permitirá delinear políticas y estrategias de participación que hayan sido validadas.

Asimismo, la presencia de los proyectos especiales del MINSA permitirá canalizar la *participación directa de organizaciones no-gubernamentales en las actividades del sector público de salud*. Las propuestas de trabajo y el conocimiento generado por estas organizaciones permitirán validar importantes aportes a nuevas concepciones y prácticas en el trabajo sanitario, complementando así los desarrollos institucionales: la adecuada sistematización e institucionalización de estos aportes debe contribuir a una mejor definición de las estrategias y lineamientos de acción local en salud, en un trabajo compartido que resultará mutuamente beneficioso.

Adicionalmente, sobre la base de un diseño que involucre a la misma comunidad, se deberá definir el rol de los agentes comunitarios de salud como promotores de buenas prácticas a nivel familiar y comunal. Esta definición de roles deberá incluir a los diversos comités comunales de apoyo a las acciones de salud. El proceso no debe excluir el conocimiento e interacción del equipo de salud con otras modalidades de participación de la población. Para ello, el equipo de salud debe contar con la aptitud y las herramientas que le permitan articularse con las redes de comunicación comunal e intercomunal existentes en cada localidad.

Uno de los avances más importantes en la promoción de un nuevo modelo de gestión en salud lo constituye el *Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud*. Esta estrategia ha permitido, en muchos casos, mejorar la productividad y la calidad de los servicios, lo que se ha traducido, por ejemplo, en que los usuarios dispongan de horarios de atención más amplios, esperen menos tiempo y reciban atenciones personalizadas. En general, la participación directa de la comunidad ha hecho posible una mayor transparencia en la gestión de los servicios de salud. Aún así, esta propuesta requiere de una mejor evaluación y un adecuado proceso de reforzamiento técnico-administrativo y de generación de capacidades locales.

Concertación multisectorial: mención especial requieren los distintos mecanismos de concertación local de planes de desarrollo social. Deberá promoverse el trabajo coordinado multisectorial a nivel local para acciones de salud colectiva y salud ambiental. Esto podría materializarse a través de un Consejo Local de Salud, que podría tener base distrital para favorecer una representación formal de las autoridades locales. La concertación de acciones, además, permitiría un mejor relacionamiento de los servicios públicos y aquellos impulsados por distintas ONG's e instituciones privadas, a fin de evitar duplicación y desperdicio de recursos.

5. Estrategias de aplicación

Todo este proceso sólo podrá llevarse a cabo si hay el convencimiento por parte del gobierno de que el Ministerio de Salud debe reorientar la prioridad y los recursos hacia la salud colectiva y hacia el primer nivel de atención, cambiando la visión hospitalaria y curativa a una de tipo comunitario, preventiva y de cuidado universal a través de un paquete básico de servicios en especial para las poblaciones de menores recursos. Asimismo, es necesario que se impulse una política de integración de los subsectores en el primer nivel de atención, el cual, organizado en diferentes redes y bajo una administración autónoma, esté conformado por los establecimientos de los cuatro subsectores, es decir, el MINSA, EsSalud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú y el sector privado.

Es necesario que las acciones de salud sean apropiadas a los perfiles epidemiológicos, al contexto socio-cultural de las poblaciones a atender, y que promuevan la reducción de las inequidades de género, etnia, condición económica y edad en el acceso a los servicios de salud.

En lo operativo, se sugiere elegir tres departamentos en diferentes regiones, que permitan la constitución de redes que sean administradas por entidades descentralizadas conformadas como asociaciones civiles sin fines de lucro. Se proveerá a estas redes de los recursos humanos y la infraestructura suficiente que les permita brindar el 75% de las acciones recuperativas. Su desarrollo servirá para probar el funcionamiento de su sistema de administración, su funcionalidad, su capacidad resolutoria, la aplicación de protocolos, los medios de comunicación y transporte y su sistema de referencia y contrarreferencia.

Se espera que el conjunto de políticas y estrategias aquí esbozado contribuirá a que la atención de salud en el primer nivel cuente con un modelo prestacional que promueva un abordaje integral de las personas, ampliando el ámbito de intervención de los equipos de salud a las familias y a las comunidades, y que desarrolle adecuadamente los componentes promocionales, preventivos y recuperativos con énfasis en las actividades educativas, con una oferta de servicios de salud convenientemente planificada, con suficiente capacidad de resolución, y con mecanismos sistemáticos que promuevan la concertación local, la participación y el control social.

Balance General

El MINSA parece actuar de espaldas al resto de actores: mantiene una cultura de la atención basada en la demanda, con insuficiente trabajo extra muros; tiene un limitado contacto con el resto de agentes comunitarios (promotores, parteras tradicionales etc.), y escasa concertación con otros subsectores (EsSalud, Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, subsector privado, gobiernos locales o comunidad) para la ejecución de acciones de salud individual y colectiva. Existen además diversas barreras geográficas, económicas, culturales, organizacionales y de gestión que impiden o limitan el desarrollo del primer nivel de atención.

Problemas identificados

- Muchos establecimientos de salud, en especial centros tipo II y hospitales de apoyo (llamados locales) se encuentran a considerable distancia de poblados y comunidades rurales. A este problema se suman las limitaciones de comunicación y transporte básico.
- No existe una política de tarifas y exoneraciones que asegure la atención a la población pobre. Asimismo, existen costos adicionales trasladados directamente a la población (materiales quirúrgicos, medicinas, transporte de pacientes y familiares, alojamiento de los familiares, tiempo y oportunidades perdidas para la familia). La fragmentación de las fuentes de financiación dificulta una gestión eficiente y una mejor focalización del gasto sanitario en la población pobre.
- Existen barreras culturales que limitan la demanda de atenciones debido a la incompreensión de muchos profesionales de salud respecto de las costumbres e idiosincrasia de la población. Otras barreras de este tipo son: las diferencias idiomáticas; las prácticas de atención carentes de sensibilidad; y el verticalismo en las relaciones que los propios trabajadores de salud estable-

cen con los pacientes, que se ve muchas veces reforzado por los bajos ingresos de la población.

- Inadecuada planificación territorial de los servicios de salud y crecimiento desordenado: los servicios de salud de los establecimientos aún no están integrados para hacer que los flujos de atención de pacientes faciliten un tratamiento en el lugar más indicado de acuerdo a la gravedad de la dolencia, asegurando el transporte del paciente. En algunos establecimientos se ha complejizado inútilmente el espectro de atenciones.
- Limitada capacidad de resolución —especialmente en el manejo de las emergencias— debido a la ineficiencia de los sistemas de comunicación, alarma y transporte; a la desinformación respecto de los servicios de salud; a la falta de comunicación entre los prestadores; a los deficitarios sistemas de referencia y contrarreferencia de pacientes; así como a la escasez, limitada competencia técnica y falta de incentivos laborales de los recursos humanos en las áreas rurales y alejadas del país.
- Deficiente gestión de los recursos debido al régimen administrativo imperante y a la falta de competencia instalada. Existe una dependencia jerárquica que produce retardo, complejidad e innecesario uso de recursos adicionales. La gestión está orientada al cumplimiento de metas numéricas de actividad y no de resultados. No existe una supervisión del desempeño profesional, o de la calidad de la atención.
- El modelo de atención privilegia la existencia de quince programas nacionales de salud, con duplicaciones, ineficiencia en los mecanismos de uso de sus recursos asignados y derivados verticalmente a las regiones de salud, con poco criterio de priorización local. En muchos establecimientos de salud existe un esquema de atención basado en la atención reactiva a la demanda, que descuida frecuentemente el trabajo de educación en salud, y la difusión de medidas higiénicas y conductas saludables.
- Existe una diversidad de criterios clínicos en el manejo de las principales entidades médicas y una falta de mecanismos de reconocimiento y búsqueda de satisfacción de las expectativas y demandas del usuario.
- En numerosas ocasiones se mantiene una relación de verticalidad entre los trabajadores de los establecimientos de salud y las personas, quienes son vistas como instrumentos o recursos que facilitan la acción del Estado.
- Salvo experiencias aisladas y poco sistematizadas, no existen políticas explícitas de promoción de la participación social. Existe un débil contacto y mala

articulación de los agentes comunitarios (promotores, parteras tradicionales, entre otros) en las acciones de salud. Persiste la marginación de la población en la definición de sus problemas de salud y sus propuestas de mejora, así como en su derecho a estar informada para poder asumir de manera consciente su responsabilidad respecto a su propio bienestar.

Recomendaciones

- *Acercar los servicios de salud a la población.* Implementar equipos itinerantes de atención de salud integral para atender poblaciones de alta dispersión geográfica.
- *Establecer la gratuidad de la atención en el primer nivel para un paquete de servicios.* Este “paquete” básico —que incluiría medicinas y cirugía básica— se daría en salud individual y colectiva y se financiaría con fondos del Tesoro Público. La asignación se haría bajo un sistema de captación prospectiva, orientada a las redes de servicios, acompañada de mecanismos efectivos de control del gasto y de incentivos al mejoramiento de la calidad y cumplimiento de metas.
- *Unificar de todas las fuentes de financiación (incluidos el SEG y el SMI).* La extensión del SMI debería servir de estrategia para la focalización del gasto en salud en las áreas geográficas con mayores necesidades y niveles de pobreza.
- *Adecuar culturalmente los servicios de atención.* Apoyar las investigaciones locales dirigidas a conocer mejor las actitudes y comportamientos de la población respecto del proceso salud–enfermedad. Sistematizar e institucionalizar las experiencias de adecuación cultural de la atención de salud desarrolladas en el ámbito regional. Adaptar la currícula de estudios a las características y problemas de salud que se presentan en los ámbitos de trabajo. Organizar campañas de difusión respecto a los derechos y deberes en salud, y validar mecanismos que permitan hacerlos efectivos.
- *Mejorar la planificación territorial de los servicios de salud y su capacidad de resolución.* Elaborar un Plan Estratégico MINSA que facilite la implementación de un sistema integral de evaluación sanitaria, con indicadores de situación de salud, accesibilidad a los servicios, calidad, equidad y eficiencia, en coordinación con los responsables de los distintos programas e instancias institucionales. Establecer acuerdos o compromisos de gestión con las redes y Direcciones de Salud y asignar los recursos en función del cumplimiento de compromisos en mejora del acceso, calidad, productividad y eficiencia. Desarrollar capacidades de gerencia en las autoridades del sector. En el nivel regional, y

particularmente de cara al sistema de referencia en zonas rurales, es muy importante que el MINSA y EsSalud desarrollen una planificación conjunta de los recursos de los que disponen para la atención de salud, y de la capacidad de resolución que pueden alcanzar trabajando complementariamente. Esto debería, incluso, conducir a una futura planificación integral de sus inversiones en infraestructura, equipos, etc.

- *Integrar las redes de servicios.* Constituir redes de atención, con sistema de referencia y contrarreferencia adecuados y operativos: priorizar las inversiones en el sistema de transporte y las telecomunicaciones, lo que a su vez hará posible ordenar los establecimientos por niveles de cuidados, e integrar la red de servicios, con un sistema de comunicación que enlace los establecimientos de salud y un sistema de alarma y transporte a nivel comunitario. Según cada realidad regional se buscará la mejor articulación con los establecimientos bajo la administración de los CLAS.
- *Descentralizar los servicios del primer nivel.* La organización deberá ser en el ámbito local e implementarse sobre la base de la constitución de las redes de atención, con autonomía en la capacidad de decisión y el manejo de los recursos, que le permitan atender las necesidades locales de salud. Se procederá a un ordenamiento de los modelos de gestión coexistentes. Resulta importante integrar los sistemas de registro y envío de información, evitando duplicidad, sobrecarga laboral y la existencia de sistemas parcelares e incompletos de monitoreo y evaluación.
- *Mejorar la formación y disponibilidad de los recursos humanos.* Enfatizar en una formación integral con conocimientos básicos de salud pública, que priorice lo preventivo sobre lo recuperativo y privilegie el conocimiento de los principales perfiles epidemiológicos del país. Distribuir las plazas para subespecialidades del residentado médico en función de los requerimientos epidemiológicos; incrementar progresivamente las plazas para especialidades básicas y anestesiología y crear especialidades como la administración de servicios de salud. Establecer una línea de carrera para aquellos profesionales de mejor desempeño en una experiencia progresiva de trabajo rural.
- *Formular lineamientos nacionales orientadores de la participación social en salud.* Rescatar la amplia experiencia desarrollada tanto en el trabajo con organizaciones de la sociedad civil (ONGs, Iglesia), como en la participación directa de las organizaciones “naturales” de la comunidad o, más recientemente, en la incorporación de representantes ciudadanos en la administración y conducción de las acciones de salud (CLAS). Promover una mejor comunicación entre las Direcciones Regionales de Salud e instituciones de la

sociedad civil que han desarrollado experiencias innovadoras de participación social y el MINSA.

- *Promover la concertación multisectorial.* Promover el trabajo coordinado multisectorial en el ámbito local para acciones de salud colectiva y salud ambiental. Esto podría materializarse a través de un Consejo Local de Salud, con base distrital para favorecer una representación formal de las autoridades locales.

BIBLIOGRAFÍA

- BOBADILLA, J. L., J. FRENK, R. LOZANO, T. FREJKA y C. STERN
1995 *The Epidemiological Transition and Health Priorities*. Washington: IDB.
- COMISIÓN DE CENTROS DE PROMOCIÓN EN SALUD / DESCO / CENTRO DE ESTUDIOS Y PROMOCIÓN DEL DESARROLLO
1989 "Salud, Tarea de Todos", *Serie Experiencias de Desarrollo Popular N° 9*. Lima.
- ESCALANTE, G.
1999a *Demanda de utilización del médico de familia por el sector salud*, Lima, abril.
1999b *Balance y Perspectivas del Sistema Nacional del Residentado Médico. Proyecto Generación de Capacidades en el MINSA*, Lima.
- FERNÁNDEZ, J.M.
1998 *Primer Informe de Asistencia Técnica para el Desarrollo de Redes de Servicios de Salud. Proyecto Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud (MINSA-DFID)*. Lima, agosto.
- FERNÁNDEZ, J.M., J. MARTÍNEZ y R. RODRÍGUEZ
1999 *Análisis Estratégico del Proceso de Modernización del Sector Salud. Proyecto Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud (MINSA-DFID)*. Informe de Consultoría. Lima, junio.
- FERNÁNDEZ, J. M., R. NUÑO y J. GABILONDO
2001 "Resúmenes de la Asistencia Técnica para el Desarrollo de Redes de Servicios de Salud". En: *Herramientas para la Gestión de Redes de Salud. Proyecto Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud (MINSA-DFID)*. Lima, mayo.
- FRISANCHO, A., con colaboración de E. GARRIDO, J. JOHNSON, G. MASALA y F. MOTTA
1993 *Salud Comunitaria en el Ande Peruano: Reflexiones sobre una experiencia de cooperación con médicos y enfermeras en servicio rural. Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino*, Lima.
- MINISTERIO DE SALUD
2000 *Lineamientos para la Conformación de Redes de Salud*, Documento de Trabajo del Grupo de Tarea liderado por la Dirección General de Salud de las Personas, Lima.
1995 *El desafío del cambio del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000*, Perú.

MINISTERIO DE SALUD\ Proyecto 2000

1999 *Salvarse con Bien-El Parto de la Vida en los Andes y Amazonía del Perú*. Lima.

MINISTERIO DE SALUD\ Proyecto Salud y Nutrición Básica

1999 *Informe de Consultoría sobre Gestión de Redes de Servicios de Salud*. Lima.

MINISTERIO DE SALUD\ Programa de Administración de Acuerdos de Gestión.

1997 *Evaluación Nacional del Programa de Administración Compartida*, Documento de Trabajo, Lima, noviembre.

MINISTERIO DE SALUD. Región Arequipa

1998 *Acreditación de Servicios de Salud del I Nivel de Atención*.

MINISTERIO DEL REINO UNIDO para el Desarrollo Internacional

1999 *Memorándum del Proyecto Invirtiendo en las Capacidades del Sector Salud (INCA)*, Lima, junio.

NUÑO, R.

1998 *Primer Informe de Asistencia Técnica para el Desarrollo de Redes de Servicios de Salud. Proyecto Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud (MINSA-DFID)*, Lima, agosto.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

2000 *Revista Panamericana de Salud Pública*, Año 79, Vol. 8, Nos. 1 y 2, julio/agosto.

ORTIZ DE ZEVALLOS, Gabriel y Pierina POLLAROLO editores

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

PROYECTO 2000

1998 *Mejoramiento Continuo de la Calidad de Servicios de Salud Materno-Infantil*, Lima, octubre.

THADDEUS y MAINE

1994 "Too far to walk: Maternal Mortality in Context". *Social Science Medicine*.

THE WORLD BANK: Perú

1999 "Improving Health Care for the Poor", *Report N° 18549-PE*, May.

PAQUETE BASICO DE SERVICIOS

SALUD REPRODUCTIVA

- ☐ Control pre-natal
- ☐ Parto/cesarea
- ☐ Manejo del aborto incompleto
- ☐ Anticoncepción
- ☐ Despitaje de cancer cérvico mamario
- ☐ Micronutrientes

SALUD DEL INFANTE

- ☐ Atención del infante hasta los 5 años
- ☐ Inmunizaciones

OTROS

- ☐ Salud oral
- ☐ Apendicectomía/herniorrafía

SALUD COLECTIVA

- ☐ Saneamiento ambiental
- ☐ Eliminación de vectores
- ☐ Eliminación de residuos sólidos

VII. LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS EN EL PERU

*JOSÉ PALOMINO ROÉDEL*¹³

1. Análisis de la situación

Dentro de la vasta problemática de los hospitales del sistema asistencial peruano, hay temas que se hallan más directamente vinculados a la medicina y a la actividad profesional médica en general y otros que, si bien tienen un substrato médico, están más relacionados con la actividad económica y administrativa. Por la naturaleza de este trabajo es el segundo conjunto de actividades en donde se centrará la atención, tratando algunos asuntos específicos de especial importancia, sin pretender agotar el tema, que es obviamente más amplio.

1.1. El planeamiento estratégico y la necesidad de una visión de conjunto

Un primer aspecto que conviene dilucidar es la imposibilidad de analizar la problemática de los hospitales, si no se les relaciona necesariamente con el sistema asistencial en el que están insertos, y con el cual deberían trabajar formando parte esencial de una red.

Otro aspecto a discutir, es la arbitrariedad de sacar conclusiones respecto a un subsector o parte específica, como podrían ser los hospitales del Ministerio de Salud (MINSU), sin tener en consideración los demás hospitales que operan en el país aun cuando pertenezcan a otros sistemas administrativos.

Estas afirmaciones, que pueden parecer de sentido común, son no obstante las que reflejan la realidad de la situación peruana, en la que falta un análisis de conjunto y donde se detallan políticas y asignaciones de recursos, en ausencia de una definición del rol que corresponde a cada una de las partes. No hay una

¹³ Ingeniero civil (UNI), con postgrado en Economía y Desarrollo Industrial en ILPES/CEPAL, Chile. Se ha desempeñado en diversos cargos directivos, entre los que se destacan la presidencia de CONADE y la gerencia general del IPSS.

entidad en el gobierno, y menos aún al nivel del país, que asuma en los hechos la responsabilidad de esta visión de conjunto.

En la práctica, el MINSa asigna, de alguna manera, recursos y supervisa la ejecución presupuestal en forma aislada en cada uno de los hospitales del Estado que prestan servicios en Lima Metropolitana, además de canalizar recursos de algunos programas nacionales que contribuyen a financiar a los hospitales del interior del país, manejados por los gobiernos regionales. Cada uno de los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR), sin embargo, negocia y define aisladamente con el Ministerio de la Presidencia y con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) la asignación anual de recursos correspondientes sin mayor participación del MINSa, que se supone que debería ser el organismo rector. No existe tampoco vinculación alguna con el sistema de asignación de recursos de EsSalud ni con el sistema hospitalario de las Fuerzas Armadas y Policiales. Menos aún, hay algún sistema de coordinación, consulta o referencia que tenga en cuenta la realidad de la actividad privada.

Existe, en consecuencia, un desorden que determina baja productividad, alto grado de capacidad instalada no utilizada, duplicidad e indefinición de funciones, que serían algunos aspectos que resultaría imprescindible corregir.

Según el último *censo de infraestructura sanitaria y de recursos humanos del sector salud*, levantado en 1996 (MINSa/OEI 1997), existen en el país 472 centros hospitalarios, con una capacidad instalada de 30,700 camas. Aun cuando se han producido algunas variantes a la fecha, la estructura que refleja ese censo no ha sufrido mayores modificaciones y puede ser utilizada para un análisis integral. De estos hospitales una veintena corresponde al nivel IV; una treintena al nivel III y el resto a los niveles I y II.

Una primera apreciación global es que si bien los centros y puestos de salud tienen funciones bastante diferenciadas con respecto a los hospitales, contribuyen, sin embargo, con un apreciable 40% adicional al número de camas que éstos proveen, y con un 88% adicional en el caso de los servicios de consultas externas; lo que es claramente un indicativo de que tales servicios también deberían planificarse en conjunto con los hospitales. Más aún, si se comparan los servicios del sistema MINSa/CTAR, se observa que los centros y puestos tienen casi tantas camas como los correspondientes centros hospitalarios y que atienden casi el triple de las consultas externas de los hospitales.

Si existiese un cabal sistema de clasificación hospitalaria y otro adecuado de referencias y contrarreferencias, se podría argumentar que los servicios son muy diferenciados, y que, en consecuencia, no resultan comparables; pero en la práctica un buen porcentaje de las consultas atendidas por los grandes centros

hospitalarios se corresponden y son similares a las del primer nivel de atención, sólo que son prestadas en establecimientos más complejos y caros. Su adecuado ordenamiento podría dar como resultado un apreciable ahorro de recursos y el descongestionamiento de los hospitales más complejos.

Una conclusión evidente es, en consecuencia, *el imperativo de trabajar con un sistema de redes de atención* al que se le asigna la responsabilidad de atender a determinados grupos poblacionales con un adecuado sistema de referencias y contrarreferencias (que hoy en día son prácticamente inexistentes), en el que los centros más complejos sólo atenderían los casos que el sistema de referencias justifique. De allí seguramente se derivaría la necesidad de otorgar mayor prioridad y recursos al nivel primario (que posiblemente debería abarcar los hoy llamados hospitales de apoyo o departamentales, los que, en muchos casos, no son tan diferentes ni tienen mucho mayor nivel de resolución que los denominados centros de salud).

Una segunda apreciación es que *el sistema hospitalario MINSa/CTAR resulta diminuto en relación con el conjunto poblacional que debe atender*, lo que se refleja en muy bajos índices de servicios per cápita (ver Cuadro 1).

Si bien en este caso por falta de información detallada, sólo se pueden hacer gruesas aproximaciones; se podría asumir que el subsistema MINSa/CTAR no tendría responsabilidad primaria en la atención de los 6.5 millones de personas aseguradas por la seguridad social (aun cuando hay que tener en cuenta que ellas también pagan sus impuestos generales, al igual que el resto de la población); ni tampoco de aproximadamente 1 millón de personas pudientes, que acuden regularmente a otros servicios privados o especiales. Por lo tanto, tendrá que concentrar su atención en el 70% de la población (unos 17 millones de personas); la gran mayoría pobres, que no tienen acceso a otros sistemas hospitalarios, o cuyo acceso a ellos es muy restringido por razones económicas.

Para eso, cuenta únicamente con el 53% de las camas, brinda el 55% de las estancias hospitalarias, el 49% de las intervenciones quirúrgicas y el 30% de las consultas externas; todo ello con gran concentración en Lima Metropolitana (incluyendo al Callao), lo que se refleja en una gran disparidad de indicadores per cápita, relativos a los servicios.

Esta situación, lleva también a la necesidad y conveniencia de que el subsistema gubernamental establezca sistemas y procedimientos de contratación de servicios con los demás subsistemas, con lo que posiblemente se evitará el requerimiento de nuevas inversiones en infraestructura hospitalaria durante los próximos años, salvo los programas de repotenciamiento de equipos, lo que liberaría en el corto plazo recursos que podrían dirigirse a mejorar el gasto operativo.

Cuadro 1
Participación del sector hospitalario 1995

Subsector	Nº de hospitales	%	Nº camas	%	Presup. (mill.)	%	Consultas externas	(miles y porcentajes)						
								%	Días hospital	%	Interv. quirurg.	%	Pobl. proteg.	%
MINSA / CTAR	136	29	16280	53	554	39.5%	4680	30	3162	55	131	49	17000	72.3%
(MINSAs) - Lima y Callao	[30]	[6]	[7040]	[38]	350	25.0%	[2500]	[16]	[1660]	[51]		[48]	[3500]	14.9%
(CTAR) - Resto país	[100]	[23]	[9240]	[30]	204	14.6%	[2180]	[14]	[1502]	[26]			[13500]	57.4%
IPSS	71	15	5435	18	848	60.5%	10000	64	1750	30	100	37	6500	27.7%
FFAA.	20	4	1947	6	S/D		S/D		S/D		S/D		S/D	
Privado	224	48	6355	21	S/D		S/D		S/D		S/D		S/D	
Otros	21	4	704	2	S/D		S/D		S/D		S/D		S/D	
Total hospitales	472	100	30720	100	1402	100.0%	15646	100	5773	100	269	100	23500	100.0%
Centros y puestos	6834		12260	40			13735	88	345	7	4	2		
Total país			42980	140			29391	188	6018	107	273	102		
Hosp.MINSAs/CTAR (per cápita)							0.28		0.19		0.08			
Hosp. MINSAs (per cápita)						32.6	0.71		0.47					
Hosp. CTAR (per cápita)						100.0	0.17		0.11					
Hosp. IPSS (per cápita)						15.1	1.43		0.25		0.015			
Total hospitales (per cápita)						130.5	0.66		0.24		0.011			
Total país (per cápita)						59.7	1.25		0.26		0.012			

Fuente: El Censo de Infraestructura sanitaria y recursos del sector salud (1996) - Presupuestos 1995
Elaboración: José Palomino Roedel.

El rol normativo y regulador del MINSAs tendrá, en ese caso, que ser incrementado, pues resultará imprescindible contar con normas muy claras sobre clasificación y niveles hospitalarios, que permitan comprar y vender servicios con garantía de calidad y con tarifas equitativas. Téngase presente que en la actualidad ni siquiera la clasificación de niveles hospitalarios del MINSAs y EsSalud son equivalentes y menos aún existe una cabal clasificación de establecimientos privados, todo lo cual dificulta avanzar en la integración de servicios y limita incluso la posibilidad de análisis de las cifras existentes (ver el Cuadro 1).

¿Cuántos de los hospitales privados califican para cada nivel de servicios? ¿Cuál es su verdadero potencial de atención en relación con los 136 hospitales MINSAs/CTAR, o los 71 de EsSalud? ¿Cuál es su real capacidad de utilización en el entorno de una población mayoritariamente pobre? ¿Qué repercusiones habría en ese subsector si efectivamente el MINSAs/CTAR mejorase en porcentajes razonables su capacidad de atención, y si, como parece razonable, incorporase la dotación de medicinas?

Resulta evidente que el Gobierno no puede desentenderse de estas respuestas. Su capacidad de planeamiento, de regulación y de diálogo con la comunidad, tiene necesariamente que mejorar en forma sustantiva. Tiene que formularse un planteamiento estratégico integral.

1.2. Asignación de recursos y evolución presupuestaria

1.2.1. Evolución del subsistema MINSAs/CTAR

Resulta significativo que en el período 1995-2000 lo que más se incrementó en el MINSAs fue el gasto destinado a hospitales de los niveles III y IV, concentrados en Lima Metropolitana, en tanto que las sumas destinadas a las DISAS aumentaron en menor medida.

Así, mientras el gasto total creció en 76% en el quinquenio, el destinado a los hospitales III y IV lo hizo en 79% y el destinado a las DISAs, que manejan esencialmente centros, puestos y hospitales I y II subió en 61%, lo que incluye también los recursos destinados por los programas nacionales. Si se tiene en cuenta que el gasto de los gobiernos regionales, destinado esencialmente a los mismos niveles de las DISAs subió sólo en 53% se aprecia claramente que los hospitales II y IV tendieron a ganar participación en el conjunto, y dentro de éstos muy fuertemente los del nivel IV, cuyo presupuesto se incrementó en 95% en el período (ver Cuadro 2).

Tal tendencia parece que va a contramano con lo que debería constituir una adecuada política nacional de salud, que garantice a toda la población, y esencial-

Cuadro 2
Estructura Presupuestal MINSA

	Camas	Presup. 95'	%	Pres./ Cama	Presup. 96'	%	Pres./ Cama	Presup. 98'	%	Pres./ Cama	Presup. 99'	%	Pres./ Cama	Presup. 2000	%	Pres./ Cama	Pres. / Cama	Pres. / Cama	Pres. 20' Pres. 95'
Hospitales	5120	250	26.4	49000	290	25.0	57000	374	25.8	73000	427	27.9	83000	431	25.9	84000	84000	1.72	
Institutos	1540	100	10.6	65000	119	10.3	77000	158	10.9	103000	179	11.7	116000	195	11.7	126000	126000	1.95	
Subtotal (III + IV)	6660	350	37.0	53000	409	35.3	61000	532	36.7	80000	606	39.5	91000	626	37.6	94000	94000	1.79	
DISAS (I + II)	880	313	33.1		356	30.7		385	26.6		490	32.0		504	30.3			1.61	
Proyectos OGA		220	23.2		334	28.8		92	6.4		81	5.3		59	3.5			1.85	
Otros (PAAG)		64	6.8		61	5.3		393	27.1		289	18.9		407	24.5			1.06	
								46	3.2		67	4.4		68	4.1				
Subtotal		284	30.0		395	34.1		531	36.7		437	28.5		534	32.1				
Total MINSA	7540	947	100.0		1160	100.0		1448	100.0		1533	100.0		1664	100.0			1.76	
Regiones		527	55.6		596	51.4		n/d	n/d		n/d	n/d		807	48.5			1.53	
Total General		1474	155.6		1756	151.4								2471	148.5			1.68	
Hosp. Regionales	8740	204	21.5	23000	230	19.8	26000							312	38.7	36000	36000	1.53	
Total de Hospitales	16280	554		34000	639		39000							938		58000	58000	1.69	

Fuente: MINSA: Proyecto 2000 - Dirección General de Planificación - II Censo de infraestructura sanitaria y recursos del sector salud.
Elaboración: José Palomino Roédel

mente a la más pobre, una atención gratuita por lo menos en los hospitales y centros del nivel I y II.

Si los grandes hospitales nacionales fuesen efectivamente centros de referencia para todo el país, pudiera justificarse, en parte, tal desproporción, pero en la práctica estos centros hospitalarios atienden esencialmente población capitalina y en mínima medida a población referida del interior, por lo cual se puede estimar que la desproporción es por lo menos de 5 a 1.

Como indicador adicional se tiene que el presupuesto por cama para el conjunto hospitalario asciende en Lima a 94,000 soles anuales (126,000 en el IV nivel), en tanto que llega a 36,000 soles por cama en el resto del país, lo que de alguna manera daría cierta orientación respecto a la calidad del servicio brindado en uno u otro caso (ver Cuadro 2).

Se puede decir, por lo tanto, que *existe una gran desproporción entre los indicadores de salud de la capital y los del interior del país lo que refleja la ausencia de un planeamiento global*, y evidencia, asimismo, la necesidad de que los gobiernos regionales asignen mayores recursos al sector salud, o que paralelamente el MINSA efectúe mayores aportes a los subsistemas departamentales.

1.2.2. Evolución del subsistema de la seguridad social

Los recursos asignados por la seguridad social a través del IPSS, hoy EsSalud, también se incrementaron fuertemente en el período, a un ritmo incluso algo superior al del MINSA, pues entre 1995 y 1999 crecieron en 72% lo que equivale a una tasa anual de 14.5%, que implica un crecimiento anual del 7.3% en términos reales. En este caso, como consecuencia de la reforma estructural introducida en el IPSS para asignar los recursos, es posible evaluar cómo evolucionó la producción de los diferentes servicios hospitalarios, pues la asignación de recursos está directamente ligada al nivel de producción.

Es importante resaltar que en el período indicado, el valor de producción creció fundamentalmente por el incremento de tarifas y no tanto por el aumento en la prestación de servicios, que fue más bien objeto de una racionalización.

Cabe mencionar además que también en el IPSS se dio la tendencia a la concentración de los recursos en los grandes hospitales del nivel IV, pese al esfuerzo realizado en mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia y en ampliar las redes periféricas, que brindan servicio del nivel I y II de atención.

Debido a los altos costos de estos hospitales, que llevan a cuestionar la conveniencia de persistir en el manejo de centros hospitalarios muy grandes, el

porcentaje de utilización de recursos por parte de los hospitales de nivel IV fue creciente, pasando de constituir el 38% del total de la red en 1995 al 43% en 1999, lo que resulta indicativo de lo que le hubiese pasado al IPSS si no comienza en 1995 a racionalizar el servicio. Es importante mencionar al respecto que en la práctica existe gran dificultad para controlar el gasto en hospitales muy grandes y complejos.

También existen dificultades para aplicar medidas de racionalización, por la inflexibilidad de la legislación e instrumentos disponibles. Por ejemplo, al descargarse al Hospital del Sur de muchas responsabilidades de primer y segundo nivel, que pasaron a la Gerencia Departamental de Arequipa, no fue posible que pasaran a ésta, en la misma proporción el número de médicos o el personal administrativo o asistencial, lo que determina más sobre-costos y mayor sub-utilización de capacidades en ese hospital.

Finalmente, cabe señalar que la comparación de servicios por niveles entre los subsistemas MINSA/CTAR e IPSS/EsSalud no resulta factible, pues las clasificaciones responden a criterios diferentes. Así, por ejemplo, el nivel I de resolución del IPSS corresponde aproximadamente al nivel II del MINSA y sus hospitales del nivel IV tienden a tener, por la propia estructura de la demanda y del nivel socio-económico de la población asegurada, una mayor especialización y complejidad que los equivalentes del MINSA.

Asimismo, los servicios del IPSS no otorgaban, al inicio del período, mayor importancia a los programas preventivos, que aún sin ser similares, se parecen más a los que desarrollan los centros y postas del MINSA. Los altos costos del sistema hospitalario recuperativo y la necesidad de ganar en productividad, llevaron a esa entidad a dar un vuelco sustantivo, subiendo exponencialmente los recursos destinados a los programas preventivos, de 15 millones de soles en 1995 a 54 en 1996; 116 en 1998, y 179 millones en 1999.

Si bien en la actualidad esto constituye todavía un porcentaje pequeño en el gasto de EsSalud, con seguridad se seguirá ampliando en el futuro, por constituir una alternativa más racional. Este resulta otro ejemplo claro de cómo el sincerar costos y hacer entrar a tallar las variables económicas en la gestión hospitalaria llevan a introducir cambios importantes en la política de salud.

1.2.3. Análisis comparativo MINSA/ IPSS

El manejo presupuestal del IPSS permite formular un gran conjunto de indicadores que posibilitan apreciar aspectos muy diferentes de la gestión, tales como: costo por consulta externa o por día-estancia o egreso hospitalario; concentración de consultas en un mismo paciente o relación entre intervenciones quirúrgicas

simples, medianamente complejas o altamente complejas; productividad por médico, por consultorio en funcionamiento o por cama; o relación entre urgencias y emergencias, entre consultas y análisis de laboratorio, o comparaciones mensuales que permiten apreciar la estacionalidad de la demanda.

Desde otro punto de vista, permite comparar los volúmenes de medicinas utilizadas en promedio en consulta de IV, III o primer nivel, o los días estancia promedio que requiere un egreso en cada uno de los niveles hospitalarios. Es decir, permite generar una gran cantidad de información que facilita la programación del servicio y la evaluación de resultados.

Esta información no está disponible en los hospitales del sistema MINSA/CTAR, por lo que sólo puede recurrirse por ahora a algunos indicadores muy gruesos que posibilitan comparar las dos realidades.

Quizá lo más resaltante resulta la diferente dotación de recursos que caracteriza a uno y otro sistema. Así por ejemplo, para el conjunto de los siete más grandes e importantes hospitales e institutos del MINSA, se tenía en 1995 un promedio de 55,000 soles por cama, en tanto que para los cuatro grandes hospitales de nivel IV del IPSS la dotación era prácticamente el doble, es decir 108,000 soles por cama.

La misma relación se aprecia si se compara los 94,000 soles del presupuesto por médico en el MINSA con los 182,000 soles por médico gastados al año en el IPSS.

Por supuesto que sólo son apreciaciones muy gruesas de sumas no necesariamente comparables, pues, por ejemplo, en el IPSS tales gastos incluyen la dotación completa de medicinas, en tanto en el MINSA las medicinas en la mayoría de los casos no están incluidas, como tampoco lo están los análisis de laboratorio, tomografías, rayos X y otros exámenes auxiliares.

Asimismo, debe tenerse en consideración que el conjunto de hospitales relacionados en el caso del IPSS tiende a tener una mayor complejidad, especialización y nivel de resolución que los correspondientes del MINSA; pero como es evidente al doble del costo.

A falta de mejores indicadores, sólo se puede manifestar que en conjunto los 7 hospitales seleccionados del MINSA requirieron en 1995 aproximadamente 200 millones de soles de presupuesto, frente a los 300 que requirieron los 4 hospitales seleccionados del IPSS, en tanto que produjeron aproximadamente el mismo volumen de consultas externas (alrededor de 1'250,000 al año) y parecido número de días de internamiento hospitalario (860,000 vs. 912,000), así como el doble de intervenciones quirúrgicas (98,000 vs. 53,000).

Por lo tanto, la primera impresión es que los hospitales del MINSA resultan más baratos, pero ello nada nos dice respecto al grado de especialización de la consulta, de la efectividad de los días estancia o de la complejidad de las intervenciones quirúrgicas. Se precisaría para ello un mayor grado de prolijidad y de estandarización de la información.

No obstante estar conscientes de tales limitaciones, se ha efectuado también, para el mismo año, una comparación entre tres hospitales de apoyo del MINSA en Lima y 4 de los 8 hospitales de nivel III del IPSS, con resultados que difieren bastante del análisis correspondiente al grupo anterior, pues pese a su evidente mayor complejidad y nivel de resolución y al aprovisionamiento integral de medicinas, el conjunto del IPSS, con 27% más de recursos presupuestales, produce un 60% más de consultas, así como un 15% menos de días estancia, lo que sugeriría un nivel mayor de productividad (ver Cuadro 3).

Resulta urgente, por lo tanto, trabajar en la obtención de indicadores más precisos, antes de sacar cualquier conclusión al respecto.

1.2.4. Los ingresos propios y las ventas de servicios

En el caso del IPSS, desde 1995 se propició la venta de servicios a terceros, dándose instrucciones para que tales ventas se efectúen a tarifas que, por lo menos, cubran los costos variables de producción y además solventen parte de los costos fijos. Tal política no dio resultados y las ventas de servicios a terceros no asegurados nunca llegaron a cubrir las casi insignificantes metas programadas. Por regla general, lo recaudado por tal concepto nunca llegó al 2% de los ingresos presupuestales, mostrándose más bien una tendencia decreciente.

Al parecer, no resulta atractivo el tipo de servicio que brinda el IPSS, con los inconvenientes de demora en la atención y escasa o nula personalización del servicio, cuando se trata de pagar tarifas que cubran por lo menos lo fundamental de los costos. Existen, no obstante, algunas excepciones puntuales en casos de muy alta especialización, como el de cirugías de corazón, que no tienen mayor significación en el conjunto.

El caso del MINSA es distinto, debiéndose distinguir dos situaciones claramente diferenciadas:

La primera es la llamada «clínica» que constituye un servicio de atención personalizada, especial y diferenciado que atiende pacientes pagantes; adosado a la estructura administrativa y asistencial de cada uno de los principales institutos y hospitales del MINSA, y que aun cuando utiliza infraestructura, equipos, instru-

Cuadro 3
Comparación Hospitales MINSA - IPSS

Hospital	Camas	Presup. 95' mill	Presup. 98' mill	Presup. 98' / 95'	Presup. cama 95'	Presup. / cama 95'	Cons. Extr. 95'	Días est. 95'	Int. quir. 95'	N° consult.	Person. Total	N° médicos	Cama/ medic.	Pres95/ medic.	dia-est/ cama
Arzobispo Loayza	866	36.6	58.4	1.60	42000	229000	182000	15000	1990	383	95561	210	2.26	95561	210
Dos de Mayo	675	29.9	42.1	1.41	44000	208000	167000	9000	1893	358	83520	247	1.89	83520	247
Hipólito Unzué	724	20.9	30.8	1.47	29000	138000	142000	24000	1808	257	81323	196	2.82	81323	196
Cayetano Heredia	390	23.6	34.8	1.47	60000	140000	89000	14000	1452	297	79461	228	1.31	79461	228
Daniel Carrión	435	33.5	45.8	1.37	77000	141000	85000	10000	1287	338	99112	195	1.29	99112	195
Inst. del Niño	451	31.1	50.3	1.62	69000	266000	129000	10000	2020	340	91471	286	1.33	91471	286
Inst. Neoplásicas	96	24.3	37.9	1.56	253000	102000	66000	16000	1513	146	166438	688	0.66	166438	688
Subtotal	3637	199.1	300.1	1.51	55000	1224000	860000	98000	11963	2119	93959	236	1.72	93959	236
María Auxiliadora	304	20.4	32.6	1.60	67000	161000	94000	12000	1734	228	89474	309	1.33	89474	309
Santa Rosa	238	20.4	30.4	1.49	86000	145000	42000	8000	941	88	231818	176	2.70	231818	176
Sergio Bernales	400	15.1	21.0	1.39	38000	16000	59000	9000	799	147	102721	148	2.72	102721	148
Subtotal	942	55.9	84.0	1.50	59000	412000	195000	29000	3474	463	120734	207	2.03	120734	207
Rebagliati	1345	140.0	234.0	1.67	104000	434000	418000	22000	115	3060	183246	311	1.76	183246	311
Almenara	918	107.0	151.0	1.41	116000	379000	300000	17000	87	1329	195971	327	1.68	195971	327
Aguinega	340	36.0	62.0	1.72	106000	189000	91000	9000	66	1070	191489	268	1.81	191489	268
Hospital del Sur	347	36.0	56.0	1.56	104000	262000	103000	5000	47	1046	146341	297	1.41	146341	297
Subtotal	2950	319.0	503.0	1.58	108000	1264000	912000	53000	315	6505	182599	309	1.69	182599	309
Sabogal	102	25.0	s/d	s/d	245000	348000	33000	7000	70	490	160256	324	0.65	160256	324
Lazarte	170	17.0	s/d	s/d	100000	70000	48000	5000	36	518	139344	282	1.39	139344	282
Chimboe	120	14.0	s/d	s/d	117000	98000	38000	4000	40	353	175000	317	1.50	175000	317
Huancayo	168	15.0	s/d	s/d	89000	133000	48000	5000	38	272	208333	286	2.33	208333	286
Subtotal	560	71.0	s/d	s/d	127000	649000	167000	21000	183	1633	165116	298	1.30	165116	298

Fuente: MINSA/ IPSS
Elaboración: José Palomino Roédel

mental y personal del complejo hospitalario, adquiere cierta autonomía y vida propia dentro del mismo.

La segunda es la atención al público en general, por la cual se cobra una parte de los servicios prestados, según un tarifario establecido autónomamente por cada hospital.

No existen elementos de juicio económicos y contables suficientes para evaluar el volumen y la significación económica que ha adquirido el servicio de las denominadas clínicas. Por lo que se conoce, buena parte de sus ingresos no se registran incluso dentro del presupuesto de recursos propios que maneja cada hospital, al que sólo ingresaría el valor del servicio de la hotelería o el de los exámenes auxiliares, pero no el de las remuneraciones pagadas por los servicios médicos. En verdad existe alrededor del tema cierta informalidad, siendo por ejemplo una venta de servicios similar a la que ofrecen las clínicas privadas y que, sin embargo, no está sujeta en la práctica al pago del impuesto general a las ventas (ver Cuadro 3).

No puede, por tanto, saberse si el valor de los ingresos propios que recibe el centro hospitalario por este concepto alcanza a compensar los gastos corrientes en remuneraciones, bienes y servicios que las «clínicas» generan, y menos aún si tales «clínicas» contribuyen a amortizar los gastos de depreciación y mantenimiento de local, depreciación de equipos e instrumental y gastos generales como energía, teléfono y otros, lo que a la luz de la experiencia antes descrita del IPSS parece algo difícil de lograr.

Por tanto, no puede conocerse a ciencia cierta si la «clínica» contribuye a financiar el servicio hospitalario general, aseveración que generalmente se utiliza para su justificación, o si sucede lo contrario, es decir que el servicio general y los aportes del Tesoro Público contribuyen a subsidiar tal servicio.

Lo que es evidente es que contribuyen a solucionar los problemas de un estrato de la demanda, a mejorar las remuneraciones del personal médico y asistencial y a aportar cierta caja adicional a hospitales que sufren de estrechez de recursos.

Existe por ello alrededor de estos servicios asistenciales un conjunto de interrogantes que deberían ser solucionadas mediante la separación de contabilidades y la formalización de contratos de venta de servicios con el núcleo hospitalario central; estableciéndose administraciones separadas (o suscribiéndose contratos de gerencia), para lo cual las clínicas deberían formalizar algún tipo de asociación o personería jurídica diferente.

Los pagos parciales que efectúa el público en general, por servicios que, en la mayoría de los casos, deberían ser gratuitos, sí se encuentran registrados y su significación puede ser evaluada, aun cuando en ellos se reflejan algunos de los casos de excepción comentados al tratar el caso de las «clínicas».

El presupuesto del MINSA registra el rubro de «recursos directamente recaudados», el mismo que ha tenido naturaleza creciente durante el último quinquenio, pues para el caso de los hospitales e institutos de Lima Metropolitana y el Callao constituía el 22% de los recursos totales en 1995 y llega al 26% en el presupuesto aprobado para los años 1999 y 2000.

Tales pagos no están normalizados ni responden a tarifas uniformes. Por lo general, parecen responder sólo parcialmente al costo de los servicios y no son aplicables a todos los casos en general, jugando al respecto un papel importante los servicios de Asistencia Social de cada institución, que es donde se define quién paga y quién no.

El 26% de recursos propios corresponde a un promedio ponderado de todos los hospitales de la capital, pero existe una fuerte diferenciación entre ellos. Así, por ejemplo, destaca la proporción alta y creciente que adquieren estos pagos en el Hospital Arzobispo Loayza, en el que pasan del 28% en 1995 al 42% en el año 2000 y en el Instituto de Enfermedades Neoplásicas en el que pasan del 29% al 37% en el período. Asimismo, en el Instituto de Oftalmología y en el Hospital San José del Callao, los recursos propios algunos años alcanzan a superar el 50% del presupuesto anual.

En el otro lado de la escala se sitúan el Hospital Larco Herrera en el que el coeficiente oscila alrededor del 10%, el Hospital de Apoyo Sergio Bernales, el Hospital Salud Mental Honorio Delgado e incluso el Hospital Nacional Daniel Carrión del Callao, en los que tales recursos oscilan entre el 16% y el 18%.

En situación intermedia se encuentran el Hospital Dos de Mayo, el Instituto Materno Perinatal y los hospitales San Bartolomé, Santa Rosa y María Auxiliadora en donde los recursos propios llegan a significar entre el 22% y 24%, siendo significativo que en este grupo la proporción de recursos propios viene subiendo aceleradamente, a razón de 1% por año.

Conviene hacer la salvedad que si bien estos recursos propios se originan principalmente en el pago de tarifas por los diferentes servicios de salud, incluyen también de alguna manera la venta de medicinas provistas por el MINSA, aspecto que en realidad deberá contabilizarse por separado, pues tales recursos deberán formar parte de un fondo rotatorio.

No se cuenta con información sólida respecto al volumen que adquieren estos pagos en el resto del país. En realidad, sobre este aspecto del financiamiento de los hospitales se requeriría un análisis más exhaustivo, que sólo será factible si se establece una definición política que favorezca la generación de información más precisa y desagregada, orientada a calcular el verdadero impacto que tendría asegurar la efectiva gratuidad del total de prestaciones del primer nivel de atención a toda la población, incluyendo en el servicio la dotación de medicamentos.

1.3. Las diferencias regionales

La inexistencia de un planteamiento estratégico y de una visión de conjunto a la hora de asignar recursos y brindar servicios en el subsistema MINS/CTAR, da como resultado una gran incongruencia e inequidad cuando se compara la situación hospitalaria de las diferentes circunscripciones departamentales. Así por ejemplo, el número de camas hospitalarias varía desde 0.23 por cada mil habitantes en Cajamarca o 0.37 en Huancavelica a 2.25 en Madre de Dios, 1.95 en Tacna, 1.77 en Ica o 1.73 en Lima, sin que pueda encontrarse una explicación lógica al respecto.

Asimismo, la dotación presupuestal varía de 6 soles por habitante en departamentos como Loreto, Huánuco y Huancavelica, a 8 soles per cápita en Amazonas y Cajamarca hasta 108 soles por habitante en el Callao, 85 en Lima y 55 en Tacna o Ica. El presupuesto por cama hospitalaria muestra variaciones similares: desde un nivel de 12,000 a 15,000 soles en departamentos como Amazonas, Apurímac, Cusco o Huancavelica, a niveles de 80,000 en el Callao, 50,000 en Lima o 30,000 en Ica, Lambayeque o La Libertad.

Todo esto se refleja en muy diferentes niveles de atención en calidad y en cantidad, según el departamento de que se trate, tendiendo a una mejor atención en la costa que en la sierra y selva, aspecto injusto que debería ser revisado.

El número de consultas externas brindado por los hospitales por cada 1,000 personas es muy diferente, 60 en Cajamarca, 80 en Amazonas o 30 en Huancavelica, en un extremo, hasta 610 en Lima, 530 en el Callao, 470 en Ica o 340 en Madre de Dios, en el otro.

Podría pensarse que este dispar número de consultas por habitantes podría estar compensado por el volumen de atenciones que brinda el resto de la red, es decir el conjunto de centros y puestos que rodean o complementan a cada centro hospitalario, pero esto tampoco es así.

Para comenzar, usar el concepto de red es una abstracción, pues regularmente cada establecimiento funciona en forma aislada de los demás, no pareciendo

haber una densidad establecida de centros y puestos que se corresponda o complementa a cada centro hospitalario. Al respecto, la situación en los distintos departamentos puede ser muy dispar. Así, por ejemplo, hay departamentos que tienen sólo 3 a 4 centros de salud por cada hospital, como Ancash, Ayacucho, Huánuco, Pasco o San Martín; en tanto que en otros existen 20 a 30 centros por cada hospital, como en Cusco, Lambayeque o Piura.

El número de consultas externas que brindan tales centros también es muy dispar. Se registran lugares en los que los centros atienden cuatro a cinco veces más que los correspondientes centros hospitalarios de otro departamento. No parece, por tanto, haber un criterio de conjunto en la distribución y operación de tales centros ni en la dotación de los correspondientes recursos.

Esto lleva a estimar que el número total de consultas que brinda el subsistema MINS/CTAR a la población que se encuentra bajo su cuidado (excluyendo a los asegurados por la seguridad social), tanto en hospitales como en centros de salud, es de sólo 0.67 consultas por habitante, índice que sube a 0.83 si se consideran además las consultas que atienden los puestos de salud, lo que se compara con 1.43 consultas por habitante que brinda el IPSS y da una primera idea del diferente nivel de atención de cada subsistema. Pero lo que resulta más grave es que el promedio nacional de 0.67 oculta extremos que van de 1.25 en Lima o 1.35 en el Callao a 0.22 en Cajamarca, 0.19 en Huancavelica o 0.23 en Huánuco, lo que tampoco encuentra explicación lógica. Este fenómeno se relaciona más bien con el poco peso político de la zona rural y con la marginación en la que vive la población campesina (ver Cuadro 4).

Desde otro punto de vista, llama la atención que sistemáticamente exista un bajo coeficiente de utilización de camas instaladas en todo el país, lo que indicaría desorden y sobre dimensión.

Todo lo cual abunda en la necesidad de concebir *redes integrales de servicios* en cada departamento, que tengan como vértices o cabezas de red a los hospitales de apoyo o departamentales o que integren micro redes distritales o pluri-distritales, que refieran a sus correspondientes cabezas de red los casos de atenciones más complejas.

A estas redes así concebidas se les debería asignar la responsabilidad de brindar servicios de salud bajo estándares razonables a toda la población comprendida en el ámbito de su jurisdicción, a cambio de una asignación presupuestaria cuyos niveles per cápita oscilarían en rangos razonables, que tengan en cuenta la composición y morbilidad de la población asignada, así como las complejidades topográficas y las distancias a cubrir. A tal financiamiento deberían converger tanto los recursos del MINS/CTAR como los de los gobiernos regionales no debiendo

Cuadro 4
MINSa / CTAR: Presupuesto y servicios de hospitales, centros y puestos

Hospitales	No.	Pob. dpto.	Aseg. IPSS	Pob. neta	1995			Total centr.	Cons. ext. centr. y p.	Cons. extr./pob.	C. extr. c. y p. / c. ex. hosp.	Cons. extr. tot./pob.	Camas/ mil hab.	Días/ cama	Presup/ cama	Presup/ pob.	Presup/ cama	Nº centr. / hosp.
					Camas	Cons. extr.	Pac./día											
Amazonas	2	369,100	45,000	324,100	202	25,600	114,000	2,700	63,000	0.08	2.46	0.27	0.62	56.44	8.33	13366	11.00	
Ancash	13	1,014,200	225,000	789,200	467	227,100	101080	20,000	134,800	0.29	0.59	0.46	0.59	216.45	25.34	42827	3.77	
Apurímac	6	407,200	40,000	367,200	241	48,800	31700	2,800	101,100	0.13	2.07	0.41	0.66	131.54	7.63	11618	5.33	
Arequipa	4	981,200	390,000	591,200	1,059	167,200	196800	13,800	371,500	0.28	2.22	0.91	1.79	185.84	23.34	13031	12.75	
Ayacucho	8	523,900	60,000	463,900	450	81,000	53600	8,200	160,600	0.17	1.98	0.52	0.97	123.22	17.68	18222	4.88	
Cajamarca	5	1,327,075	85,000	1,242,075	291	71,200	49000	9,900	206,200	0.06	2.90	0.22	0.23	168.38	7.97	34021	10.00	
Callao	3	681,900	300,000	381,900	499	203,800	91300	41,300	310,100	0.53	1.52	1.35	1.31	182.97	108.14	82766	12.33	
Cusco	4	1,090,400	185,000	905,400	837	146,000	128700	10,300	253,700	0.16	1.74	0.44	0.92	153.76	11.38	12306	11.25	
Huancavelica	1	411,600	45,000	366,600	134	11,600	900	2,300	57,400	0.03	4.95	0.19	0.37	6.72	6.27	17164	29.00	
Huanuco	4	703,400	75,000	628,400	356	52,800	54600	3,900	91,100	0.08	1.73	0.23	0.57	153.37	6.21	10955	4.25	
Ica	6	597,500	230,000	367,500	651	171,900	78200	21,400	204,600	0.47	1.19	1.02	1.77	120.12	58.23	32873	5.67	
Junín	9	1,119,300	220,000	899,300	894	135,500	124566	22,300	143,800	0.15	1.06	0.31	0.99	139.34	24.80	24944	5.22	
La Libertad	7	1,341,600	310,000	1,031,600	784	282,200	142840	21,900	314,200	0.27	1.11	0.58	0.76	182.19	21.23	27934	6.14	
Lambayeque	2	988,200	320,000	668,200	376	67,500	61300	11,500	228,100	0.10	3.38	0.44	0.56	163.03	17.21	30585	20.50	
Lima	27	6,788,600	3,000,000	3,788,600	6,541	2,293,100	1567398	322,800	2,451,200	0.61	1.07	1.25	1.73	239.63	85.20	49350	7.22	
Loreto	3	778,700	120,000	658,700	572	132,400	58800	4,000	375,600	0.20	2.84	0.77	0.87	102.80	6.07	6993	12.67	
M. de Dios	2	71,600	12,000	59,600	134	20,000	6700	2,000	18,000	0.34	0.90	0.64	2.25	50.00	33.56	14925	5.00	
Moquegua	0	135,400	45,000	90,400	0	0	0	0	133,300	-	-	-	-	-	-	-	-	
Pasco	3	242,900	70,000	172,900	136	30,800	14000	2,100	17,700	0.18	0.57	0.28	0.79	102.94	12.15	15441	3.67	
Piura	3	1,448,500	345,000	1,103,500	260	71,000	29100	8,000	426,600	0.06	6.01	0.45	0.24	111.92	7.25	30769	21.33	
Puno	11	1,130,000	170,000	960,000	570	209,500	61500	18,600	164,600	0.22	0.79	0.39	0.59	107.89	19.38	32632	5.82	
San Martín	9	619,000	70,000	549,000	188	122,600	16000	0	219,600	0.22	1.79	0.62	0.34	85.11	0.00	0	4.78	
Tacna	1	238,700	75,000	163,700	319	42,500	49800	8,500	142,900	0.26	3.36	1.13	1.95	156.11	51.92	26646	16.00	
Tumbes	1	168,800	45,000	123,800	128	20,100	14200	2,900	49,800	0.16	2.48	0.56	1.03	110.94	12.00	22656	12.00	
Ucayali	2	353,100	63,000	290,100	208	46,100	38500	7,000	76,900	0.16	1.67	0.42	0.72	185.10	24.13	33654	7.00	
Total hosp.	136	23,532,000	6,545,000	16,987,000	16,280	4,680,000	2981984	568,200	6,716,640	0.28	1.44	0.67	0.96	183.17	33.45	34902	7.56	
Total centros	1,028								6,716,640	0.39								
Total puestos	4,762								2,749,840			0.16						
Total MINSa									14,146,480			0.83						

Fuente : MINSa - Segundo censo de infraestructura sanitaria y recursos del sector salud.
Elaboración: José Palomino Roedel

sorprender que algunas redes puedan administrar presupuestos per cápita mayores que otras, según la prioridad que a la salud le asignen los distintos gobiernos regionales, pero cuidando que siempre se cumpla con el mínimo previsto.

Los presupuestos asignados a cada red tendrían entonces que ser distribuidos funcionalmente entre los diferentes hospitales, centros y puestos, dejándose márgenes para financiar equipos itinerantes, que complementen la atención de los servicios fijos.

Estas *redes departamentales* deberían ser repotenciadas, de manera que puedan atender con eficiencia y calidad por lo menos el conjunto primario de atenciones de salud que el Estado se compromete a brindar a la población en forma gratuita y deberían a su vez referir los casos más complejos a 4 ó 6 hospitales regionales o departamentales (hoy existentes, pero sin una relación de dependencia definida), en los que se establezca un sistema de copagos. En realidad, la población debería tener derecho a que se le brinde una atención de salud casi integral en su propia zona de residencia o trabajo habitual.

Sólo por excepción, en casos extremadamente complejos, las referencias deberían llegar a la capital, donde los grandes hospitales deberían funcionar también como hospitales regionales de Lima y atender, con presupuestos específicos y separados, las referencias que vengan del interior. Sólo así se podría comenzar a construir un sistema verdaderamente equitativo.

1.4. Las líneas de política y los programas aplicados durante los últimos años

Durante los últimos cinco años no se ha registrado un intento por definir una política hospitalaria de conjunto. Este es un tema que parece haberse abandonado en el MINSa para concentrarse, más bien, en mejorar la gestión y operación de cada centro hospitalario específico, con abstracción de los demás.

Tal parece haber sido el objetivo principal del Programa de Modernización de la Gestión Hospitalaria (PMGH) emprendido dentro del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (PFSS) y más específicamente, del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG), que a lo largo del período desarrolló una serie de actividades y proyectos piloto, tendientes a introducir y difundir los criterios de administración y gerencia y a crear los sistemas informativos y los instrumentos metodológicos que permitan luego introducir sistemas modernos de gestión en los principales hospitales del subsistema MINSa/CTAR. Pero tal esfuerzo ha quedado en una etapa muy inicial de implementación.

No se avanzó tampoco en la conformación de un sistema integrado MINSA/IPSS. En realidad, *el intento de integración* alrededor de un conjunto de 8 hospitales, especialmente en los departamentos de Piura, Moquegua, San Martín y Pasco *puede considerarse un profundo fracaso*, que generó ineficiencia tanto en la atención como en la operación; así como en un amplio incumplimiento de compromisos que derivó en una fuerte deuda impaga reclamada por el IPSS al MINSA y no atendida, y al establecimiento de una comisión bipartita que definió la conveniencia de regresar al MINSA el manejo de los hospitales involucrados.

Debido a que pudo avanzarse en el IPSS en establecer una administración por resultados, que permitía medir la producción, los costos y la productividad de cada hospital y hacer comparaciones entre los diversos componentes de su red, se pudo determinar que las gerencias descentralizadas de Moquegua, Piura y San Martín, que administraban los hospitales integrados, eran precisamente, y por mucho margen, las que requerían de mayores subsidios, tanto en montos anuales como en porcentajes sobre el costo de operación total.

Así, por ejemplo, la Gerencia Departamental de Moquegua, que básicamente administraba dos hospitales integrados (Moquegua e Ilo) requería un nivel de subsidio equivalente al 46% del valor de producción efectivamente generado, porcentaje que oscilaba entre 53% y 58% en Piura, Pasco y San Martín; en tanto que para el total de la red del IPSS el nivel de subsidio sólo alcanzaba al 10.9%.

Desde otro punto de vista, el monto de remuneraciones directas sobre el total de gastos, que para el conjunto del IPSS alcanzaba al 44% se elevaba en Moquegua al 61% y oscilaba entre 51% y 58% en las demás gerencias mencionadas. Más aún, el monto de remuneraciones directas alcanzaba para toda la red del IPSS al 53% del valor de la producción, pero en esas cuatro gerencias promediaba el 90%; es decir, el valor de la producción apenas alcanzaba para cubrir las planillas, existiendo un gran número de personal excedente, sobre el cual no se podía tomar decisión por la inflexibilidad legal existente.

Tales consideraciones, sumadas a situaciones como que los gobiernos regionales destinaban a otros usos las partidas presupuestales asignadas para pagar parte del personal en los hospitales integrados, llevaron a crear una corriente de opinión interna en el IPSS favorable a devolver al MINSA la operación de los hospitales integrados, aun cuando el MINSA no honrara sus deudas, para evitar que éstas siguieran creciendo indefinidamente.

Lamentablemente, esto obligaría a construir por parte del IPSS nuevas infraestructuras, al no poder utilizar en la práctica las que ya existían pero que demostraban ser muy ineficientes y con gran inflexibilidad al cambio.

Sin embargo, pese a que la comisión bipartita concluyó hace más de dos años sus labores, recomendando devolver la operación de tales hospitales al MINSA, esto no ha podido ser llevado a la práctica, pues al parecer el MINSA no cuenta con los recursos para mantener su operatividad, pese a que el análisis de conjunto hace evidente que su subsistema requería del manejo directo de hospitales en Piura, Moquegua y San Martín, departamentos en los que su atención actual es deficitaria.

Esta experiencia merecería ser analizada en detalle para sacar conclusiones respecto a lo que podría avanzarse o no integrando globalmente ambos subsistemas, o a través de acuerdos de gestión, si es que antes no se remueven o resuelven problemas de fondo que de mantenerse afectarán y harán impracticable cualquier nuevo sistema que pretenda establecerse.

1.4.1. Los avances en la ejecución de acuerdos de gestión

Dos experiencias diferentes se dieron al respecto en el período:

a) El caso del IPSS

El entonces IPSS, hoy EsSalud, entró en un proceso de reestructuración, separando la función de Administración de Fondos Financieros, la que quedó a cargo de una oficina central, la Administradora de Fondos del IPSS (AFIPSS) que se encarga de fijar políticas, regular y normar la actividad, fijar metas de atención y financiar su ejecución, definir el programa de nuevas inversiones y prestar algunos servicios centrales (compra unificada de medicamentos básicos).

De otra parte, se formó una red descentralizada de prestación de servicios de salud, conformada por gerencias departamentales que administran los hospitales, centros y puestos de su jurisdicción, teniendo como responsabilidad la atención de la salud de la población asignada, que corresponde a las personas aseguradas en cada departamento.

Funciona además un sistema de referencias y contrarreferencias, que permite que cada gerencia o red departamental remita a los llamados hospitales nacionales, los casos, que por su complejidad, no puedan ser resueltos con la capacidad instalada en cada departamento. Tales hospitales nacionales tienen una administración separada.

La oficina central, AFIPSS, lleva una contabilidad separada de la red de prestación de servicios, tendiéndose a que sus gastos de funcionamiento sean iguales o menores al 5% del gasto total del IPSS (actualmente representan alrededor del 8.5%). Esta oficina asigna anualmente presupuestos a las redes

departamentales sobre la base de metas específicas de prestación de servicios que se discuten y negocian con las gerencias departamentales y que se pagan a tarifas pre-determinadas. La liquidación de la producción y la «facturación» se efectúa mensualmente, habiéndose establecido tarifas diferenciales para un paquete de productos o servicios y para cada distinto nivel de atención.

Las tarifas responden a «costos estándar» calculados por la oficina central, con base en los promedios de las informaciones reales de los costos que registran cada uno de los establecimientos integrantes de la red y vienen siendo reajustadas periódicamente. Las metas de producción asignadas, que se negocian anualmente, son pagadas con estas tarifas, que son iguales para todos los establecimientos del mismo nivel, y que permiten normalmente la operación de las redes.

Como los costos son diferentes en cada establecimiento, las tarifas en algunos casos dan lugar a excedentes o superávit contables, cuya utilización está normada y permite generar incentivos para cada red. En otros casos resultan insuficientes y deben ser complementadas por partidas especiales equivalentes a subsidios, cuyo nivel se viene regulando año tras año, con tendencia a su reducción.

Las gerencias departamentales que requieren habitualmente subsidios son sometidas a programas de racionalización de costos y a reestructuración administrativa o de personal.

El sistema se comenzó a aplicar en la práctica, en forma muy rudimentaria en 1995 y se ha venido perfeccionando año tras año, tanto en lo que se refiere a sus mecanismos, como a los tipos de productos o servicios involucrados, a las tarifas utilizadas y a los sistemas de auditoría médica y de gestión que hubo que implementar para garantizar no sólo el cumplimiento cuantitativo, sino también cualitativo de metas. Anualmente se dicta una directiva de ejecución, evaluación y control que fija las reglas de juego anuales, las que año tras año sufren variaciones orientadas a su perfeccionamiento.

Con todas las imperfecciones aún subsistentes, el sistema está en camino de constituir una administración separada de la prestación del servicio, vinculada con el organismo financiero a través de un conjunto de acuerdos de gestión, habiendo contribuido en forma sustantiva a otorgar mayor racionalidad técnica y económica al sistema.

Para ello, fue necesario transformar paulatina pero sistemáticamente los sistemas administrativos y contables y crear fuertes mecanismos de información y de intercomunicación, todo lo cual requirió voluntad, persistencia en el tiempo y dotación de recursos financieros, aplicables a un programa cuyo desarrollo requiere por lo menos cinco años.

Además este proceso llevó a introducir importantes cambios en los sistemas de auditoría y control interno (incluyendo la reorganización del Consejo de Vigilancia).

La experiencia debe ser explorada y analizada en detalle, pues podría ser utilizada para aplicarse, con las adaptaciones pertinentes, al sistema MINS/CTAR. Sin embargo, tiene todavía muchos aspectos que perfeccionar y ha generado una impresionante cantidad de información que no está siendo utilizada en todo su potencial, lo que de hacerse podría derivar en un mejor servicio sin necesidad de incrementar el gasto.

b) El caso del MINS

La idea era iniciar experiencias-piloto en varios establecimientos, que fuesen generando información válida para implantar nuevos sistemas de gestión, basados en la contratación de servicios; y paralelamente brindar asistencia técnica a los mismos para la incorporación de los sistemas administrativos y de información básicos para enfrentar las nuevas tareas.

Se trató en realidad de intentos pioneros, para abrir brecha en caminos antes no transitados; pero fueron esfuerzos que no contaron con el apoyo ni con la intensidad suficientes para producir efectos concretos significativos. Fue un intento de mover pesadas maquinarias, usando para ello palancas que prácticamente no tenían punto de apoyo o de sustentación.

No había en el MINS una organización central suficientemente poderosa que acompañase un proceso que los hospitales no están en condiciones de llevar adelante por sí mismos; ni existía, a diferencia del caso del IPSS, una férrea y sostenida voluntad de llevar a cabo un proceso cuya implantación no se hace en sólo uno o dos años, poniendo a su servicio instrumentos tan fuertes como la asignación de recursos presupuestarios ligada al cumplimiento del *acuerdo de gestión*, o compromisos biunívocos, que involucraran realmente a ambas partes y derivasen en incentivos reales, que apoyasen su concreción. En realidad, quizá no se tuvo en cuenta que para transformar la red de servicios también el MINS requiere una transformación paralela, estableciendo unas oficinas centrales capaces de actuar realmente como contraparte y normar y orientar sistemáticamente todo el proceso.

Hubo también mucho de voluntarismo y quizá de arbitrariedad. Así, por ejemplo, los llamados *acuerdos de gestión* para 1998 se firmaron los últimos días de diciembre de 1997, cuando ya estaban definidos los presupuestos para el año siguiente. Además, en ellos se requería que en plazos de tres o seis meses los hospitales formularan su *plan estratégico*, cuando no existía con anterioridad un plan estratégico del MINS que definiera qué rol se esperaba que cumpliera cada

uno de los hospitales dentro del subsistema de salud MINSA/CTAR (para no hablar de un plan estratégico integral), y cuando no se tenía claro qué metas de servicios negociar o acordar ante la inexistencia de antecedentes estadísticos suficientes.

En realidad, quizá hubiese sido útil darles formalmente un nombre y un carácter más adecuado, tal como *Aplicaciones Iniciales de la Reforma o Tareas Preparatorias para llegar a un Acuerdo de Gestión*, para evitar frustraciones respecto a la ejecución de acuerdos, que de antemano se podía saber que no tenían realmente posibilidades de concreción y no generar escepticismo respecto a un instrumento que realmente tiene muy buenas posibilidades de aplicación en el futuro.

Como tareas preparatorias, estas experiencias han resultado productivas, pues han permitido generar un conjunto de informaciones útiles y despertar un cúmulo de inquietudes que habrá que resolver.

Con muy ligeras variantes, *los acuerdos de gestión se estructuran alrededor de tres áreas de acción:*

- Aspectos que enfatizan en *la organización y gestión*, comprendiendo la constitución de un grupo o directorio de gestión y la definición de áreas operativas de gestión; así como la elaboración de un Plan Estratégico Institucional y un Plan Anual de Gestión.
- Aspectos que enfatizan en *la construcción o introducción de sistemas administrativos* necesarios para resolver aspectos técnicos e instrumentales, tales como: los sistemas de admisión; de historias clínicas y atención al paciente; de gestión logística y de mantenimiento, y sistemas integrales de gestión económica y financiera, que incluyen, entre otros, los sistemas de costos y tarifas.
- Aspectos que enfatizan en *la construcción de sistemas de información* que faciliten el relacionamiento entre el MINSA y los establecimientos; tales como: los sistemas de identificación de usuarios, de medición y evaluación de la calidad del servicio; de adquisición de insumos y medicamentos, así como sistemas estadísticos que permitan reportar la producción de servicios, la ejecución de gastos y la elaboración periódica de indicadores de gestión.

Incorporan asimismo el criterio de contar con asistencia técnica, la que se brindará tanto al prestador, para ayudarlo a mejorar el servicio, como al MINSA, para reforzar su capacidad de convertirse en un efectivo comprador de servicios, partiendo del reconocimiento de que en la actualidad ni los hospitales ni el MINSA están preparados para vender o comprar servicios.

1.4.2. Principales problemas suscitados en la aplicación de los acuerdos de gestión

Si bien han permitido iniciar un proceso de concientización, *los intentos de hacer funcionar acuerdos de gestión han tenido resultados prácticos muy escasos*. Se logró avanzar más en determinados momentos y en determinadas instituciones, como producto de la conjunción de circunstancias favorables o desfavorables; del empeño y capacidad gerencial de algunos directores de hospitales, o del apoyo o renuencia del personal involucrado. Pero los mecanismos previstos y utilizados no resultaban suficientemente potentes para romper inercias y cambiar hábitos, costumbres, sistemas de trabajo y relaciones de poder establecidos a lo largo de muchos años.

Existen informes relativos al monitoreo y supervisión de los acuerdos de gestión en los que se resume la experiencia, pudiéndose extraer la siguiente síntesis:

1. Dentro de la lógica del *acuerdo de gestión*, la ejecución del proceso se desencadena con el nombramiento de un «directorio de gestión», así como con la constitución de «áreas de gestión» conformadas alrededor de los principales servicios o productos que constituirán la esencia de la oferta del establecimiento. Es desde esta primera fase que se entranpan los acuerdos de gestión, pues su ejecución se torna en la práctica difícil de cumplir o en todo caso se obtiene un cumplimiento meramente formal, no lográndose constituir un equipo directivo con la fuerza y sustento administrativo y político suficiente para introducir cambios en el funcionamiento del establecimiento.

En segundo lugar, los acuerdos proponen que se organicen áreas de gestión alrededor de servicios tales como consulta externa, hospitalización, centro quirúrgico, apoyo al diagnóstico, etc., en tanto que, por norma general, los hospitales se encuentran organizados por departamentos, según las especialidades médicas; organización de la que dependen jerarquías, remuneraciones y en el fondo constituyen centros o grupos de poder sustentados en legislaciones y reglamentaciones que continúan vigentes y que otorgan derechos y responsabilidades que no se sustituyen formalmente. *Se trata entonces de superponer una estructura administrativa paralela e informal que es obviamente rechazada por la anterior.*

Por lo demás, la introducción de cambios conlleva nuevas y distintas responsabilidades, en tanto que ante los órganos de auditoría y control interno prevalecen las reglamentariamente constituidas. Así por ejemplo, para un director de hospital puede resultar inadmisibles compartir decisiones o admitir posiciones mayoritarias de un directorio de gestión que pueden ser distintas a

las suyas, en tanto que él y no el directorio debe responder legalmente por el manejo de la institución; o cuando no tiene en la práctica poder suficiente para nombrar o destituir a miembros del directorio que le resulten incómodos.

A esto se suma que a través de los años se ha acumulado una tradición, sobre la base de la cual, a determinados grupos gremiales o profesionales corresponden determinadas funciones o prerrogativas, siendo el caso de la enfermería sólo uno que vale la pena destacar.

Como bien indica uno de los informes de monitoreo, será conveniente hablar más bien de *comités de gestión o de comités de gerencia* que coadyuvan a que la gestión de un gerente general pueda ser más eficiente, antes que de directorios de gestión de responsabilidad compartida; sin perjuicio de que por encima de ese gerente general se establezca un consejo directivo que represente los intereses de los entes financiadores y de la comunidad.

Asimismo, será conveniente tener en cuenta que es inviable llevar a cabo una gestión gerencial con reglas más flexibles, si antes no se solucionan determinados problemas de organización. Por eso es que resulta imprescindible estructurar una sólida oficina central que oriente, apoye y regule todo el proceso.

2. Por regla general, los hospitales e institutos involucrados en los acuerdos de gestión han logrado identificar los principales problemas que los afectan, que tienen que ver principalmente con su inadecuada estructura organizativa, caracterizada por tener limitaciones en sus funciones y atribuciones contenidas en un conjunto de reglamentaciones centrales, que terminan afectando su funcionamiento; también tienen que ver con consecuencias económicas y limitaciones financieras; con inadecuada infraestructura y equipamiento; con inadecuada dotación de recursos humanos y con inexistencia o limitaciones serias en cuanto a los sistemas de información, registros y comunicación, así como de relación con los usuarios y con el establecimiento de estándares de calidad. Con mayor o menor intensidad los problemas son los mismos y se repiten en todos los casos, existiendo suficiente información que permita definir estrategias y prioridades. El problema principal, en consecuencia, no es qué hacer sino cómo hacerlo.
3. Los avances en el planeamiento estratégico son rudimentarios y en la mayoría de los casos se han quedado en la etapa de definir de una manera muy genérica la visión y la misión del centro hospitalario como una abstracción individual o una expresión de deseo, que no tiene conexión con el resto del sistema. No se ha avanzado a definir metas y objetivos específicos, puntuales y cuantificados ni menos aún a definir estrategias y prioridades. Se pasa

directamente a elaborar planes anuales de gestión, existiendo el peligro de que todo quede en el cumplimiento de una formalidad, aun cuando existen casos (por ejemplo, la UTES de Trujillo) en los que los planes anuales parecen estar bien concebidos.

En verdad, resulta difícil y casi imposible que los hospitales avancen en la formulación de planes estratégicos serios, en tanto que en el nivel del Gobierno en su conjunto no exista algún atisbo de plan estratégico global, dentro del cual se determine el rol que se espera que juegue cada hospital, o por lo menos los parámetros o lineamientos dentro de los cuales puedan fijar sus objetivos cada una de las partes.

La *inexistencia de un sistema de clasificaciones hospitalarias*, que defina con claridad hasta donde avanza el nivel de resolución de cada tipo de hospitales y cuáles son los parámetros que se utilizan para referir un paciente a algún hospital con un nivel de resolución superior; o cuándo recibir o no a pacientes que debieron ser atendidos en un nivel inferior, hace que no queden establecidas con precisión las responsabilidades de cada uno y que, en ese contexto, todos aspiren a largo plazo a convertirse en centros de alta resolución y especialidad, en tanto que en la práctica concentran el grueso de sus atenciones en la resolución de casos simples, que requieren menos infraestructura y equipamiento, pero que responden a la realidad de la demanda, sobre la cual ninguno efectúa análisis en profundidad. Dificulta asimismo la posibilidad de concentrar equipos, personal y recursos en aquellos establecimientos que sí los requieren, contribuyendo a su dispersión en toda la red.

Tal situación, que es quizá la primera que hay que resolver para enmarcar con seriedad un *acuerdo de gestión* que descansa en la compra y venta de servicios, se encuentra fuera del ámbito de acción de cada hospital, aun cuando esos mismos hospitales puedan ser convocados para colaborar en la definición del entorno nacional.

4. El MINSA a través del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud y del Proyecto 2000 contrató un conjunto de consultorías que estaban destinadas a brindar la asesoría técnica que los hospitales requerían para instalar una serie de sistemas básicos para la implantación de los nuevos modelos de gestión.

Si bien tales trabajos han permitido algunos avances en sus correspondientes áreas, hubo por lo general retrasos y desfases en los cronogramas de ejecución, de manera que sus avances no resultaron coordinados con los compromisos que, a su vez, se exigía a los hospitales, lo que contribuyó al incumplimiento generalizado de los acuerdos.

Muchas de esas consultorías pusieron especial énfasis en técnicas sofisticadas y preciosismos metodológicos (tal es el caso del sistema de pago hospitalario) poco aplicables en las condiciones imperantes y cuya puesta en práctica, además, no ha sido adecuadamente monitoreada.

2. Principales líneas específicas de política y de acción

2.1. Integración o coordinación de los subsistemas hospitalarios

Una primera gran definición, imprescindible para poder desagregar luego acciones específicas más concretas, tiene que ver con la existencia, en el país, de diferentes subsistemas hospitalarios, que en la práctica actúan como sectores estancos. Probablemente, los más grandes y visibles son los que corresponden al subsistema MINSAs/CTAR y al Instituto Peruano de Seguridad Social, hoy EsSalud, que supuestamente corresponden según ley a la separación de subsistemas contributivo y no-contributivo. Pero existen otros, como el correspondiente a las Fuerzas Armadas, con financiamiento mixto, estatal y contributivo; o al de las Fuerzas Policiales, del mismo tipo que el anterior; o al de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador, netamente contributivo, dentro de los constituidos por ley o con aportes del Tesoro Público.

Existen otros, además, en el campo del sector privado, como el que tiene relación con las Empresas Prestadoras de Salud (EPS) (con condicionantes también reglamentadas por ley), o los que responden a iniciativas privadas, empresariales o sin fines de lucro, que supuestamente atenderían a los sectores económicamente más pudientes de la sociedad, pero que, en la práctica, proliferan también en capas medias y en barrios urbano-marginales, atendiendo a la población que no encuentra respuestas adecuadas en los regímenes no-contributivos ni en los propios contributivos.

En épocas de crisis y recesión como la actual, en la que la población se refugia en los subsistemas contributivo y no-contributivo del Estado, este subsistema privado se queda prácticamente sin demanda y sufre un quebranto financiero, por la sub-utilización de sus infraestructuras. Este problema se ve agravado por los escasos recursos que la gran mayoría de la población está en condiciones de asignar al gasto de salud, conforme se muestra en las encuestas de hogares.

El reconocer las muy diversas realidades que caracterizan a los subsistemas prestadores de servicios de salud, no implica que se continúe aceptando como única posibilidad los actuales comportamientos estancos, sin que se propongan vías alternativas que deben iniciarse de inmediato, para caminar hacia la estructuración de un sistema de prestación de servicios vertebrado, creando vínculos y

facilitando o exigiendo interconexiones entre los servicios que cada subsistema presta, tratando de optimizar la infraestructura y el uso de recursos existente y facilitando opciones que favorezcan en última instancia al usuario.

Desde otro punto de vista, si se insiste en especializar a la seguridad social en la prestación de servicios en capa compleja, cediendo espacios a las EPS en lo que se refiere a la prestación de servicios de capa simple; y si el MINSAs se especializa a su vez en esta capa simple, por la propia naturaleza del régimen no-contributivo a su cargo, no se ve por qué no se puede encontrar un campo de trabajo común, en el que la seguridad social contrate servicios de ese tipo con el MINSAs; o que llegue a convenios con el Ministerio para que su propio subsistema atienda, por ejemplo, a su propio personal, conforme está facultada a hacerlo con las empresas privadas que administran sus propios servicios hospitalarios.

Alternativamente, parece también factible que EsSalud contrate con el MINSAs la atención de capa simple, o incluso integral, de núcleos poblacionales afincados en aquellas localidades donde EsSalud no tiene infraestructura adecuada, lo que podría caracterizar, por ejemplo, el funcionamiento del ya creado sistema de seguro rural; o que el MINSAs compre a EsSalud servicios especializados como resonancias magnéticas o hemodiálisis, contribuyendo a hacer más rentable la operación de tales servicios.

Obviamente, para concretar este tipo de operaciones se requiere que el sistema MINSAs/CTAR avance administrativamente lo suficiente para estar en condiciones de comprar y vender servicios, lo que a su vez, implicará sacar del ámbito ministerial la prestación de servicios hospitalarios y encargarla a una entidad autónoma que pueda actuar en términos empresariales, diferentes a los del Gobierno Central. Con seguridad, en un entorno de esa naturaleza, con dos entidades que trabajen con criterio empresarial, bajo la normatividad y regulación del Ministerio, se llevarán a cabo entre ellos un conjunto de acciones y programas interconectados, que permitirán mejorar la eficiencia y productividad de ambas partes, o pensar en una integración más profunda en el futuro.

Indudablemente un proceso de esa naturaleza no se concreta en dos o tres años; requiere un horizonte de 8 a 10 años, que sería importante comenzar a construir. En esa perspectiva es que se visualizan las líneas de política para ambos subsistemas, siendo válido también el planteamiento para integrar a largo plazo los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales; en tanto que regímenes específicos, como el de la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador, deberían subsumirse dentro del régimen contributivo general.

Obviamente, cabe también la alternativa de integrar todos los servicios de inmediato, debiendo ponderarse, en ese caso, el riesgo de burocratización y de

retroceso a los niveles promedios más ineficientes, así como la viabilidad, teniendo en cuenta el fracaso de las experiencias de integración anteriores.

2.2. Principales líneas de acción para el subsistema hospitalario de EsSalud

Como ya se ha anotado, el IPSS inició a fines de 1994 un cambio en su modelo institucional orientado a separar la función financiera y administradora de fondos, de la de prestación asistencial, estableciendo un sistema presupuestal y contable que le permite contratar y pagar servicios a su red hospitalaria en función de la producción efectivamente ejecutada y de tarifas previamente determinadas, mediante lo que puede considerarse básicamente acuerdos de gestión.

No existe formal o legalmente una separación institucional entre las dos funciones, pero se ha buscado un mecanismo práctico que permite evaluar la marcha de cada una de ellas por separado, existiendo metas respecto a los límites de gasto que en el total debe alcanzar la función administrativa central. Se considera que el sistema debe continuar siendo perfeccionado, corrigiendo errores y atendiendo a la amplia experiencia ganada en 5 años de funcionamiento, a través de los cuales se ha probado la correcta orientación de sus ideas básicas, antes de intentar una separación formal de ambas funciones, dando tiempo además a que se concrete la delimitación de funciones de los gobiernos regionales, así como, a que avance la nueva organización del subsistema MINSA/CTAR, con la que tiene evidentes interrelaciones.

Existen algunos aspectos centrales en los que convendría introducir correcciones o ajustes, o tomar decisiones para ganar en eficiencia y productividad y para ofrecer un servicio cada vez más personalizado y de mejor calidad, entre los cuales se puede citar los siguientes:

1. Se requeriría *perfeccionar el plan estratégico institucional*, de manera que se puedan analizar y discutir con detenimiento sus metas y objetivos para los próximos cinco años. Cobra especial interés en este plan el tratamiento del contexto ya que no se puede seguir concibiendo a la seguridad social como una isla dentro del sector salud.
2. Convendría asimismo que *se siga perfeccionando la separación de funciones* entre las Redes Prestadoras de Servicios de Salud y la Oficina de Administración de los Fondos Financieros, diseñadora y colocadora de un conjunto de seguros con los que se persigue ampliar la cobertura de la población. La Oficina de Administración debe ser más rigurosa en la aplicación de los acuerdos de gestión, para disminuir las eficiencias y los subsidios que aún persisten.

3. Además, resultará imprescindible que EsSalud obtenga de FONAFE la autorización para *introducir en forma generalizada el sistema de pago a destajo*, con primas específicas por producción en cada servicio, en adición al sistema remunerativo existente. Esto permitirá elevar selectivamente el nivel de las remuneraciones, a la par que se incremente la producción y el servicio. Asimismo, deberá gestionar la autorización expresa de un sistema de premios pecuniarios e incentivos de estímulo a las redes o servicios que logren reducir costos o mejorar la calidad y cantidad del servicio. Más aún, en uso de su autonomía, debería lograr que se le reconozca el derecho de usar estos procedimientos de corte empresarial, sin necesidad de tutelajes del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF).
4. Dentro de un *acuerdo de gestión* definido en términos generales entre EsSalud y FONAFE, EsSalud *deberá quedar habilitado a actuar con plena autonomía y criterio empresarial* en sus sistemas de personal, remuneraciones y adquisiciones. No hacerlo así significa colocar a esa institución, con las manos atadas, en competencia inequitativa con las EPS.
5. EsSalud deberá *profundizar su experiencia en el campo de los seguros especializados*, ampliando si es posible el espectro de los ya establecidos sistemas de seguros potestativos, en sus tres estamentos: esencial, ampliado y completo, así como en las cinco variantes del Seguro Universitario.

Debería asimismo promover con mayor vigor la implantación de los Seguros Complementarios de Trabajo de Riesgo, cuya evolución es muy lenta en función de todas las empresas obligadas. Esta mayor atención a sectores especializados hará necesario que se redefinan las interrelaciones con otros sistemas, como por ejemplo con la Caja de Beneficios y Seguridad Social del Pescador, hoy autónoma y en crisis.

6. Ello requiere un intenso trabajo interno destinado a *mejorar sus sistemas de información* sobre costos y niveles de servicios, relacionándolos con los conceptos de capa simple y capa compleja; plan mínimo y coberturas específicas por sexo y edad y por servicios cubiertos particularmente por cada tipo de seguro colocado.
7. Entre los asuntos más directamente ligados al manejo hospitalario merece especial atención la *necesidad de reducir a tres los cuatro niveles de atención* actualmente existentes. El primer nivel de atención, que incluye las postas, los centros de salud y los hospitales de nivel I debe especializarse en atención de capa simple y plan mínimo en el nivel departamental.

El nivel IV debería desaparecer para dar paso a los institutos especializados, que, como nivel III de atención, se ocupen de los casos altamente complejos referidos por las redes autosustentadas.

Este resultará posiblemente el problema de más difícil solución, pues los hoy llamados hospitales nacionales vienen cumpliendo en realidad dos funciones muy diferenciadas: el grueso de sus actividades corresponde en verdad al segundo nivel de atención reestructurado (sumatoria de los actuales niveles II y III) y un pequeño núcleo de sus actividades corresponde a la atención de casos altamente complejos, no existiendo suficiente claridad en los sistemas de referencia respectivos en relación con lo que debe referirse o no.

Además estos hospitales cobran el íntegro de su producción con tarifas del nivel IV consumiendo el 40% de los recursos presupuestales de la red.

8. *La conformación del nuevo nivel III de atención, destinado a los casos de muy alta especialización, requerirá de un análisis más detallado, que pasa por definir con más exactitud su verdadero rango de acción y por un análisis estadístico fino del volumen de la demanda de cada especialidad, así como de las interrelaciones y servicios comunes, que permitan dimensionar alrededor de 8 institutos especializados, utilizando preferentemente y en la medida de las posibilidades, la actual infraestructura de los hospitales Rebagliati y Almenara, que en lo demás deberán seguir funcionando como hospitales macro-regionales para diferentes zonas de Lima Metropolitana (actual nivel III y nuevo nivel II propuesto), con contabilidad separada, aun cuando comparten algunos servicios comunes.*

Actualmente, viene funcionando el Instituto del Corazón, con contabilidad y administración separada dentro del Hospital Almenara y el Instituto Odontológico, con las mismas características, en Piura; pero se ha llegado a identificar cinco especialidades que pudieran justificar la creación de institutos especializados en las siguientes áreas:

- Oncología
- Ortopedia y traumatología
- Neurología y neurocirugía
- Geriatria
- Materno infantil

Al parecer, cada uno de estos institutos requeriría de alta especialización del personal y de los equipos, pero no necesitaría disponer de un número elevado de camas y tendría que tener una organización muy diferente a la de los grandes hospitales actuales. Antes de conformarlos, es necesario contar con

un estudio de factibilidad que incluya tanto los aspectos técnicos especializados, como el análisis de la demanda y los aspectos económicos, incluyendo los posibles rangos tarifarios y su competitividad, frente a esquemas alternativos de contratación de servicios.

Cabe hacer notar, que si por ley se busca especializar a la seguridad social en la capa de alta tecnología y si el MINSA está orientado a los servicios masivos a la población de menores ingresos y por excepción entra a brindar servicios de alto costo y especialización, podría darse aquí un campo de complementación, contratándolos a EsSalud, lo que contribuiría a simplificar el esquema organizativo de los hospitales del MINSA.

9. Otro aspecto en el que se requiere avanzar es en el de *la conformación de redes regionales* que agrupen, en algunos casos, a varias gerencias departamentales y contribuyan, tanto a mejorar el servicio, como a bajar los costos administrativos que se derivan de tener administraciones individuales en cada departamento. Convendría aquí coordinar criterios y definiciones con el MINSA, puesto que en el Ministerio se busca en realidad la conformación de redes definidas micro-geográficamente, existiendo la propuesta de ampliarlas a *redes departamentales*; en tanto que en la seguridad social existen estudios detallados para integrar los servicios de varios departamentos, en función de distancias y tiempos de acceso a establecimientos de salud, que en conjunto aseguran a la población adscrita la totalidad de servicios de capa simple y capa compleja, dejando como referencia únicamente los casos de alta complejidad.

Los estudios de base efectuados en ese caso se orientan no sólo a rebajar los costos administrativos sino también a generar instituciones más sólidas, con mayor poder de negociación frente a la Sede Central, existiendo la alternativa de crear, con base en ellas, 10 ó 12 *empresas regionales prestadoras de servicios*, cuya administración se independice incluso formalmente de la Sede Central.

El otro aspecto, en que se ha avanzado menos, pero en el cual es conveniente insistir, es el de la subcontratación de servicios. Aspecto en el que, por ejemplo, la contratación de médicos dentro del Programa de Atención Ambulatoria Descentralizada (PAAD), es decir médicos con consultorio privado que se ofrecen como alternativa a los usuarios, para acercar el servicio a su domicilio y descongestionar los servicios de consulta externa, puede ser una solución de gran envergadura, requiriéndose al respecto una reglamentación flexible y no asfixiante; asimismo la contratación de servicios privados de hemodiálisis.

En realidad, antes de la instalación de un nuevo servicio o la ampliación de los actuales, EsSalud debería estudiar la factibilidad de subcontratar con el MIN-

SA o con el sector privado, con costos iguales o menores que el mantenimiento de servicios propios. La ampliación de la seguridad social al ámbito rural pasa necesariamente por este sistema de subcontratación.

10. Finalmente, *la seguridad social requiere de la implantación de un sistema de mejoramiento de la calidad de servicio* que vaya de la mano de un mecanismo de real empoderamiento del usuario, para que haga respetar sus derechos. El sistema va desde el establecimiento de centros de calidad en todos los niveles, la adopción de estándares mínimos de atención que incluyan tiempos de espera, o la opción de escoger médicos tratantes, hasta la conformación de un sistema de quejas y reclamos en el que pueda elegirse una especie de «defensor del pueblo» de los derechos de los asegurados, unido al establecimiento explícito en código de ética profesional al que estén sujetos todos los empleados y funcionarios del sistema, así como de protocolos médicos y servicios permanentes de auditoría del servicio que refuercen los incipientes sistemas existentes.

2.3. Principales líneas de acción para el subsistema MINSA/CTAR

Metodológicamente conviene agrupar las líneas de acción en las siguientes categorías, aun cuando existen evidentemente, muchas interrelaciones entre ellas:

- Clasificación y estratificación hospitalaria
- Organización institucional y planificación estratégica
- Sistemas de asignación de recursos
- Autonomía y alcances de los acuerdos de gestión
- Estrategias de implementación

2.3.1. Clasificación y estratificación hospitalaria

Este es un aspecto que tiene que ver con el sistema de atención en su conjunto y con los objetivos que persigue el sistema de salud, así como con los derechos y responsabilidades de la población, distribuida en un territorio amplio y complejo como el Perú. La propuesta parte de considerar tres niveles de atención. El primero corresponde tanto a la prevención como a la salud colectiva y a la atención recuperativa para un conjunto de problemas de salud de relativamente simple solución, pero de gran incidencia, al que los ciudadanos deberían tener derecho a acceder, en forma totalmente gratuita y en su propio lugar de residencia o labor, es decir, el propio departamento o provincia, pudiéndose considerar algunas excepciones cuando las distancias y las vías de comunicación así lo exijan.

Este nivel de atención estaría fundamentalmente a cargo de redes de salud que integrarían no sólo a los centros y puestos de salud, sino también a los hoy

denominados hospitales de apoyo departamental o provincial, muchos de los cuales en realidad son, o deberían ser considerados como simples centros de salud.

El segundo nivel correspondería a aquellas situaciones generalmente incluidas dentro de la denominada «capa compleja» y deberían estar a cargo de 6 a 8 hospitales, correspondientes a macro-regiones del interior del país (por ejemplo, una en la costa sur, otra en la sierra sur, otra en el centro, dos en la costa y sierra norte, y una en la selva).

Estos hospitales, junto a los del primer nivel, deberían asegurar que en cada macro-región se pueda dar atención de calidad, sujeta a algún copago, para un 90% ó 95% de los casos de quebranto de salud de toda la población de la zona, quedando sólo un reducido número de casos al que se deba dar atención en centros especializados u hospitales de III nivel.

De adoptarse esta clasificación se tendría además la ventaja de que es similar a la que se está proponiendo para la seguridad social, lo que ayudaría a la visión de conjunto.

Para lograr esta reclasificación se propone, en primer lugar, que el país se organice en redes departamentales, admitiéndose que en algunas de ellas puedan existir dos o tres sub-redes paralelas, dependiendo de las distancias, la densidad de la población y la complejidad territorial. Cada sub-red podría a su vez contener varias micro-redes distritales o provinciales, pero tendría la particularidad de tener a uno de los actuales hospitales de apoyo como foco central de irradiación y de referencia.

Las redes tendrían asimismo asignada bajo su responsabilidad al núcleo de población que vive habitualmente dentro de los límites de su jurisdicción, y al cual se comprometen a brindar, en términos razonables de calidad (definidos por determinados indicadores), todo un paquete de atenciones colectivas e individuales que sería uniformemente definido para todas las redes del país y que deberá ser brindado en forma gratuita, salvo excepciones que podrían ser reglamentadas.

Las atenciones complejas, que se encuentran fuera de su poder de resolución serían referidas a los hospitales regionales asignados por departamentos teniendo en cuenta las distancias y tiempos de comunicación requeridos. Alternativamente, en casos extremadamente complejos podrían referir directamente a los pacientes a los hospitales de nivel nacional.

Existiría necesariamente un registro de todas esas referencias, cuyo costo será presupuestado por separado, pero con cargo a la red o sub-red, así como una auditoría de los casos referidos.

Tres aspectos tienen que ser especialmente considerados en este caso: en primer lugar, sería conveniente no desperdigar esfuerzos, y *estructurar una sola red departamental* que sea la que asume la responsabilidad de proveer de determinado nivel de servicios a toda la población involucrada, aun cuando administrativamente ésta se subdivida en dos o quizá tres sub-redes, cada una de las cuales con su correspondiente hospital central y si fuese necesario con muchas micro-redes interconectadas que respondan a un manejo conjunto. Esto significa que muchos de los actuales 100 hospitales que funcionan en el interior del país deberán ser recategorizados como centros de salud pues resultarían excedentes como cabezas de red o sub-red.

Sólo de esa manera se estaría dando una real contribución al refuerzo del nivel de Gobierno Regional.

El segundo aspecto es que los hospitales que sean clasificados como cabeza de red o sub-red no podrán seguir desarrollando una función exclusivamente intramuros ni basada en su número de camas o capacidad de alojamiento. Tendrán que ser considerados como cabezas de sistema que organizan periódica y sistemáticamente *misiones itinerantes* orientadas a mejorar el nivel tecnológico y de resolución de los centros de salud de su jurisdicción y que atiendan sus requerimientos. Por ello, se necesita que la red sea administrada o dirigida por una gerencia o administración responsable por el conjunto y no por el director del hospital departamental.

Un tercer aspecto consiste en que cada puesto o centro de salud tendrá a su vez una *población adscrita* por la red y un reglamento de referencias al hospital central. Pero este mismo también podrá tener un núcleo de población adscrita directamente, con respecto a la cual cumplirá la función de centro de salud, independientemente de las funciones comunes que cumplirá para toda la red.

Debe entenderse que la gratuidad de los servicios de la red se refiere exclusivamente a las poblaciones adscritas y a las referencias correspondientes, y que cualquier servicio que se solicite fuera de este sistema será atendido, pero con sujeción a un copago que también requerirá ser reglamentado.

Cabe también la posibilidad, que en los departamentos en los que funciona más de una sub-red, se dé al usuario dos o más alternativas de referencia, lo que estimularía la competencia y estaría necesariamente ligado al mecanismo de financiamiento que se analizará más adelante. De lo que se trataría es de tener en cada departamento pocos hospitales de primer nivel, pero suficientemente equipados, en tanto se levanta el nivel de atención de los centros de salud.

Los 6 u 8 hospitales del interior del país que sean clasificados como regionales deberían atender esencialmente casos referidos por las redes de los departamen-

tos que conforman la macro-región, aun cuando podrían mantener secciones que actúen como hospitales de apoyo y que atiendan a determinados núcleos de población adscrita. En este caso, atenderán a esta población con presupuesto propio y con tarifas y sistemas de financiamiento iguales a los de las redes de primer nivel, en tanto que los casos referidos tendrán un presupuesto y unas tarifas diferentes, que serán en parte cubiertas por las redes que refieren el caso.

El establecer un presupuesto aparte para las referencias y exigir que cubran en parte el costo de las mismas obligará a mantener un registro separado de ellas, que pueda ser auditable; evitará que se efectúen referencias innecesarias, y contribuirá a que resulte conveniente efectuar la contrarreferencia y a que no se sature innecesariamente el hospital de mayor capacidad de resolución.

En el caso de Lima Metropolitana, en forma similar al caso de los departamentos, se propone que se organice el territorio en 4 ó 6 zonas con sus correspondientes redes y hospitales cabeza de red. Éstos a su vez referirían los casos complejos a 6 o más hospitales que asumirían la categoría de regionales, pero que tendrían la particularidad de contar con secciones altamente especializadas que actúen como centros de referencia de III nivel, a nivel nacional, con financiamiento por casos y tarifas diferenciadas. Por excepción podrá considerarse algunos centros especializados, como el caso del Hospital Larco Herrera o el Instituto de Neoplásicas, entre otros. Se daría también en este nivel el caso de atenciones no referenciadas, pero sujetas a copagos más significativos.

Al igual que en el caso del interior del país, habría que definir cómo se clasifican los 37 hospitales de Lima Metropolitana, pues todos no se justifican como hospitales regionales o con especialización o referencias a nivel nacional.

En la práctica, se concentraría la atención hospitalaria del sistema en dos grandes niveles, el primer nivel de la red y el segundo de los hospitales regionales, algunos de los cuales contarían con secciones especializadas de III nivel, o serían instituciones especializadas ad hoc, que de ninguna manera alcanzarían a requerir los volúmenes de infraestructura y de dotación de recursos que hoy consumen los grandes hospitales.

Teniendo en consideración que, por su propia naturaleza, la seguridad social está obligada a una mayor especialización, en muchos casos, se podría subcontratar con ella algunas especialidades, para elevar la productividad del sistema y evitar duplicaciones.

Sólo un sistema de esta naturaleza, que garantice recursos per cápita para el primer nivel de atención y pagos por caso en los hospitales de referencia podría evitar que se continúe concentrando en forma desproporcionada el gasto nacional

en los grandes hospitales del sistema. Por supuesto, una organización de este tipo facilitaría el integrar a las redes de servicios a los hospitales de EsSalud o de las Fuerzas Armadas, e incluso algunos establecimientos privados, utilizándose para ello el sistema de compra y venta de servicios, que se llevaría a cabo de acuerdo a las tarifas correspondientes.

2.3.2. Organización institucional y planificación estratégica

Son tres los criterios o líneas estratégicas básicas que orientan la propuesta de organización institucional que resultarían favorables al desarrollo hospitalario, siendo la fundamental el reconocimiento de que *para ganar en productividad se requiere que los hospitales adopten una organización de tipo empresarial, con cierto grado de autonomía* en el cumplimiento de sus funciones, lo que necesariamente los aleja del tradicional sistema de considerarlos como reparticiones gubernamentales sujetas al manejo presupuestal y al sistema de control del Gobierno Central, donde existe un solo empleador, una sola categoría salarial, y el cumplimiento obligatorio de un conjunto de reglamentaciones concebidas para organismos de tipo burocrático y no para entidades ágiles que se desarrollan en la esfera productiva, aunque en estos casos se trate de producir servicios públicos. Esto obliga necesariamente a buscar nuevas formas legales de operación, que tienen mucho que ver con la conformación de asociaciones sin fines de lucro o similares.

Un segundo aspecto tiene que ver con la necesidad sentida en el país de que se ponga en práctica una real descentralización de funciones y responsabilidades, en la que paulatinamente ganen participación los gobiernos locales y regionales y en la que intervengan diversos estamentos de la sociedad civil, que representen el sentir de los usuarios, de manera de obtener un sistema más democrático y participativo. En este sentido, y en el entendido de que en el mediano plazo los Gobiernos Regionales coincidirán con el ámbito departamental, es que se propone que se creen *redes de servicios departamentales sólidas, con responsabilidades específicas concretas y con financiamientos que comprometan al Gobierno Regional*, aun cuando por razones operativas se organicen dentro de ellas sub-redes o micro-redes, pero respondiendo a una unidad departamental, que es la única garantía de contribuir a reforzar el proceso regional.

En el caso hospitalario, el criterio anterior tiene necesariamente que venir acompañado de la constitución armoniosa de un sistema nacional en el que todas sus partes tienen necesariamente que estar articuladas por la naturaleza del servicio, no resultando factible la autonomía absoluta de los Gobiernos Regionales.

Esto lleva a un tercer planteamiento, que consiste en que paralelamente al manejo ejecutivo descentralizado por parte de los Gobiernos Regionales se requiere crear al nivel central mecanismos u organismos de planificación, regula-

ción, apoyo y control suficientemente sólidos como para conducir un sistema unitario, evaluar permanentemente su funcionamiento y dictar normas o reglamentaciones generales que garanticen la equidad y la ampliación de la cobertura a toda la población. Asimismo, se deben constituir instituciones especializadas para diseñar, financiar y administrar el nivel superior de establecimientos de referencia, que atiendan los casos complejos cuya solución escapa a las redes regionales.

- Organización en el ámbito nacional

Al nivel central se propone que el MINSA refuerce la Oficina Sectorial de Planificación y Presupuesto y organice una Dirección General de Atenciones Hospitalarias.

Adicionalmente, se propone que el MINSA cree un *organismo autónomo*, no dependiente directamente del Ministerio, aunque sí con suficiente influencia en él, que en términos empresariales se encargue de distribuir el financiamiento operativo que el Gobierno Central transferirá a los hospitales regionales y nacionales así como la parte con la que contribuirá a las redes departamentales de salud. Asimismo, se sugiere que este organismo autónomo asuma la propiedad de los hospitales nacionales y regionales y de los sistemas y equipos itinerantes que complementan la capacidad resolutive de las instalaciones departamentales y regionales fijas; los que a su vez podrá entregar en administración, en determinados casos, a asociaciones sin fines de lucro o similares que garanticen la prestación de un servicio eficiente.

La administración de estos hospitales regionales o nacionales o servicios itinerantes funcionaría en forma similar a lo que se describe para las redes departamentales, entendiéndose que en esos casos el *organismo autónomo* propietario asume las funciones que en el nivel regional corresponden a las autoridades regionales de salud.

La idea es separar la función directiva y reguladora de la administración financiera y operativa, reforzando en la primera el rol rector de todo el sector y dotando a la segunda de mayor flexibilidad administrativa, contribuyendo en conjunto a formar un núcleo central que oriente el proceso y colabore en su implantación.

La función principal del Gobierno Central sería elaborar y mantener permanentemente actualizado *un plan estratégico de atenciones hospitalarias*, que engarce los planes estratégicos de las redes departamentales y los hospitales regionales y nacionales. Asimismo, definir una serie de parámetros que permitan establecer los montos mínimos per cápita que aseguren el financiamiento de las redes departamentales y llevar a cabo los estudios de los costos estándar que posibiliten

fijar las tarifas básicas por productos aplicables a los hospitales regionales y nacionales.

En general, el núcleo central deberá normar y reglamentar respecto a clasificaciones hospitalarias, niveles de atención, sistemas de referencia y todos los demás elementos que puedan resultar comunes a todos los acuerdos de gestión.

Deberá asimismo, desarrollar sistemas aplicativos que puedan resultar comunes a todas las redes y coordinar con los programas nacionales las metas que asignarán a cada red y los financiamientos correspondientes.

Por su propia naturaleza, deberá mantener una interacción y coordinación permanente con las *Autoridades Regionales de Salud*, ante las cuales convendría que acredite delegados permanentes, teniendo en consideración que va a resultar muy difícil definir a priori hasta adonde avanza la normatividad nacional y cuándo empieza la normatividad regional.

- Organización en el ámbito regional

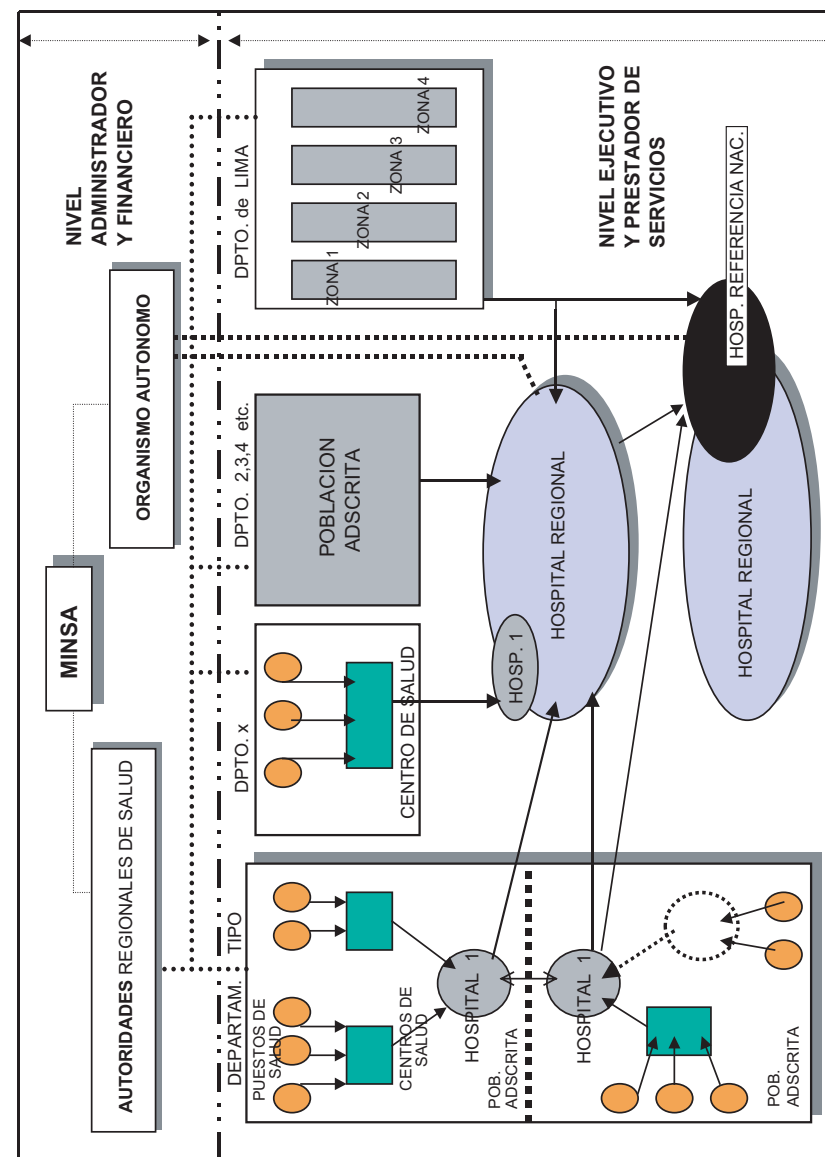
Por la naturaleza y alcance de este trabajo no compete definir cómo se organizarán finalmente los Gobiernos Regionales, pero en todo caso se alcanza a visualizar que éstos deben constituir departamentos o comités específicos que desempeñen la labor de gobierno en cada uno de sus campos específicos de responsabilidad, uno de los cuales, quizá de los más relevantes, será el de garantizar la salud de su población.

Este núcleo administrativo al que, por ahora, llamaremos *Autoridad Regional de Salud*, absorbería a las actuales DISAS. De estas Autoridades Regionales de Salud dependerían las redes departamentales de servicios, existiendo entre ellas una relación similar a la que se desarrolla entre el directorio y la gerencia de una empresa. (ver Gráfico 1)

En consecuencia, correspondería a esta autoridad definir y aprobar en última instancia las prioridades de acción y los planes estratégicos de cada red, así como sus presupuestos y sus planes operativos anuales, para lo cual tendría que ser el interlocutor con las autoridades que conforman el núcleo central de gobierno, con las cuales concordará sus planes estratégicos, negociará las correspondientes partidas de financiamiento y firmará acuerdos globales de gestión, que luego tendría que detallarse y reflejarse en los acuerdos específicos de gestión que a su vez firme con la gerencia o administración de la red.

Le correspondería a su vez gestionar ante las autoridades del Gobierno Regional las partidas y flujos financieros con los que éstos concurrirían al financia-

Gráfico 1



miento de las redes. Obviamente, se encargaría también de evaluar la marcha del sistema, la calidad de los servicios y el cumplimiento de los acuerdos de gestión.

Convendría que la *Autoridad Regional de Salud* asuma la organización y características de un *directorio* que se sustenta en una pequeña secretaría técnica. Tal directorio debería estar conformado por 5 a 7 personas representativas del nivel regional, entre las cuales convendría que se incorpore a algún representante de la universidad o centro de estudios de alto nivel y otro de las instituciones de la sociedad civil, que de alguna manera exprese el sentir de los usuarios; convendría también que en forma rotativa se integren a él representantes de los Gobiernos Locales involucrados y un delegado permanente del Gobierno Central, que facilite las coordinaciones con ese nivel de gobierno.

Una alternativa que sería conveniente analizar, es que en reemplazo de aquel director que represente el sentir de los usuarios, o en adición a éste, se establezca un *sistema independiente de supervigilancia o auditoría* por parte de los usuarios, no comprometida con la administración, que vele permanentemente por la consecución del mejor servicio posible.

A este *directorio*, o *Autoridad Regional de Salud*, le correspondería aprobar en términos generales todos los parámetros o condiciones básicas que servirían de referencia para la administración de la red por las gerencias correspondientes. Así por ejemplo, aprobaría el cuadro general de plazas o personal, con base en el cual la gerencia nombraría, ubicaría y desplazaría los recursos humanos. Del mismo modo, aprobaría formalmente la apertura, fusión o cierre de establecimientos, centros, puestos u hospitales, según la propuesta de la gerencia de la red; contrataría a la gerencia de la red o seleccionaría la institución a la que entregaría ésta en administración, y ratificaría formalmente a los directores de centros, puestos u hospitales que ésta proponga.

Debería tener, además, la flexibilidad suficiente para poder apoyarse en comités o consejos consultivos ad hoc que colaboren con la gerencia de la red en el manejo de determinados establecimientos específicos. Así por ejemplo, la existencia de una gerencia de red no debería ser incompatible con el hecho de que al nivel de determinados centros o puestos de salud actúen comités de apoyo similares a los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), en los que participen representantes de los gobiernos locales y de la comunidad, sin perjuicio de que la gerencia de la red mantenga la unidad de comando y teniendo en cuenta que no necesariamente, en todas partes, tiene que llegarse simultáneamente al mismo tipo de delegación administrativa.

Corresponde finalmente a la *Autoridad Regional de Salud* la responsabilidad de inscribir y mantener permanentemente depurado el padrón de toda la población

de su responsabilidad, sin perjuicio de delegar a la gerencia todas las acciones operativas pertinentes; asimismo, definir los tipos de servicio que daría la red y cada uno de los establecimientos; los métodos y procedimientos de referencia entre ellos y hacia los hospitales macro-regionales o nacionales; las metas de las acciones colectivas e individuales; las metas de las acciones itinerantes, así como aprobar los presupuestos de la red y evaluar permanentemente su funcionamiento.

Podría también justificarse que, con el apoyo de una pequeña secretaría técnica, provea a la red de algunos servicios, o efectúe, para ella, determinadas compras por encargo, cuando la economía de escala así lo justifique. Este podría ser el caso de ciertas medicinas genéricas, así como material médico o radiográfico. Este apoyo sería más necesario en la medida en que se requiera mantener el funcionamiento de varias sub-redes departamentales que respondan a distintos circuitos de abastecimiento.

La administración operativa de la red, que podría recaer en una asociación privada sin fines de lucro u otra organización de tipo similar, tendría a su cargo, con plena autonomía, el manejo de los recursos así asignados que deberán distinguir una partida específica máxima para gastos de administración y responder a un detallado compromiso o *acuerdo de gestión* anual, firmado con la *Autoridad Regional de Salud*. Los términos de estos acuerdos serían los que se detallan en los mecanismos de financiamiento.

Tal autonomía permitiría a la gerencia nombrar, contratar, trasladar y despedir personal, dentro de los parámetros aprobados; comprar y vender insumos, material y servicios que no hayan sido expresamente señalados como sujetos de compras centralizadas; vender o sub-contratar a terceros servicios de salud; capacitar personal, distribuir incentivos y proponer el uso de los excedentes de operación que logren generarse.

2.3.3. Mecanismos de asignación de recursos

Esta propuesta parte del supuesto de que mientras no exista una legislación que defina con claridad el alcance de las funciones de los gobiernos regionales, el sistema de salud continuará solventándose con el financiamiento proveniente tanto de los gobiernos locales, como de los Gobiernos Regionales y del Gobierno Central, así como a través de los recursos propios generados por los establecimientos de salud.

Dichos fondos deberán solventar las siguientes asignaciones:

1. Una asignación per cápita calculada en función del número de población asignada a cada departamento y en volumen suficiente para cubrir las necesi-

dades de salud colectiva y solventar la atención individual gratuita de un paquete de atenciones básicas por parte de la red de primer nivel. Esta asignación también deberá cubrir en forma explícita una parte de los costos estimados por transferencias fuera de las redes departamentales, para aquellos casos especiales que escapen a su capacidad de resolución.

2. Una asignación por casos atendidos, calculada en función del número de referencias estimadas, así como tarifas promedio calculadas para un conjunto de 20 a 30 tipos de atenciones promedio, que permitirán financiar los hospitales regionales y de referencia nacional, a los que corresponderán tarifas diferenciadas según su nivel.
3. Una asignación para tareas particulares o coyunturales, cuyo cumplimiento no constituye un proceso sistemático anual (por ejemplo, una campaña específica de un programa nacional).
4. Un fondo transitorio, de coyuntura y de naturaleza anual decreciente, que desaparecerá en un lapso de 5 años, para aquellos casos en que las asignaciones per cápita y las tarifas regulares sean insuficientes para financiar los elementos del sistema en las actuales condiciones de eficiencia y productividad.

La consolidación de estos fondos, que se concretaría finalmente en el presupuesto anual, requerirá de la confluencia de equipos de trabajo que actuarían en tres niveles: *el de cada establecimiento o red*, que formula las propuestas a las *Autoridades Regionales de Salud*; *el de las Autoridades Regionales*, que concilia requerimientos locales, regionales y nacionales, estructura el presupuesto final y distribuye los recursos a cada unidad prestadora de servicios, y finalmente *el de nivel central*, que concilia planes estratégicos, define tarifas, aprueba metas de producción y asigna fondos o presupuestos a las redes o a los hospitales nacionales y regionales. La mecánica y los procedimientos de coordinación entre estos tres niveles es muy particular y difiere de los plazos y procedimientos establecidos en el Presupuesto General de la República, por lo que tiene que manejarse con gran autonomía respecto a las normas generales que rigen a éste.

Habrà que distinguir hasta tres casos de recursos propios: los provenientes de copagos cuyas tarifas deberán ser uniformes para cada nivel de establecimiento; y los de la denominada «clínicas», que podrán funcionar sujetas a la aprobación de las autoridades de salud correspondientes, con tarifas variables, según el tipo de actuación que brinde cada establecimiento, pero condicionadas a la demostración de que cubran el 100% de los costos que originan, incluyendo, en este caso, provisiones para depreciación de infraestructura, equipo e instrumental, para lo cual necesariamente deberían llevar una contabilidad separada.

Una variante del servicio de «clínica» podría ser la suscripción de contratos para atender núcleos poblacionales (contratos con EsSalud, las Fuerzas Armadas, con empresas mineras, etc.).

2.3.4. La autonomía y los alcances de los acuerdos de gestión

Hasta el momento se ha entendido por acuerdos de gestión los instrumentos a través de los cuales la administración central definía los términos de actuación anual a los que debería sujetarse cada establecimiento específico prestador de servicios de salud. Por extensión, se ha venido aplicando este término a la aprobación de un conjunto de acciones previas que preparan al establecimiento para suscribir un efectivo *acuerdo de gestión*.

De aprobarse el sistema de manejo hospitalario que acá se propone, habrá que distinguir entre *varios tipos de acuerdos de gestión*; entendidos como los compromisos o términos de referencia sobre la base de los cuales unas instituciones transfieren el financiamiento a otras, alcanzándose a distinguir hasta cuatro categorías diferentes:

- Acuerdos entre el MINSA y la *institución autónoma* que administra el financiamiento.
- Acuerdos entre la *institución autónoma* y las *Autoridades Regionales de Salud*.
- Acuerdos entre la *institución autónoma* y sus propios hospitales de referencia regionales y nacionales.
- Acuerdos entre las *Autoridades Regionales de Salud* y las *redes departamentales prestadoras de servicios*.

La suscripción sistemática de estos distintos tipos de acuerdos tiene que ver con el real funcionamiento de las autonomías institucionales, asegurando a unas el cumplimiento de los objetivos que buscan al entregar el financiamiento y a las otras definiéndoles con claridad los parámetros y las condiciones dentro de los cuales tienen plena autonomía para utilizar los recursos puestos a su disposición.

Así por ejemplo, si el MINSA se dispone a elaborar un plan estratégico nacional, en el que va a definir políticas, prioridades y metas de salud, que sirva para orientar el conjunto de inversiones en infraestructura de salud y que involucre no sólo los recursos del Ministerio, sino de EsSalud, las Fuerzas Armadas y al sector privado, deberá definir en forma explícita las condiciones y los términos generales, en los que espera sean aplicados los recursos que entrega para su administración a las entidades autónomas; sin convertirlos en camisas de fuerza o en órdenes concretas que sólo queda cumplir.

Estas entidades a su vez podrán aplicarlos con total autonomía, en la medida en que cumpla con tales requisitos, configurándose así lo que podríamos considerar un primer nivel de *acuerdo de gestión*. No hacerlo así podría derivar en que tales *entidades autónomas* se conviertan en la práctica, vía el nombramiento de sus presidentes o de sus directores, en unas simples dependencias ministeriales, cualquiera sea la denominación oficial que tengan.

Indudablemente, los términos de tales acuerdos de gestión deberán ser suficientemente genéricos y flexibles como para permitir una efectiva gestión empresarial en el manejo de los recursos, y a su vez eliminar cualquier vinculación directa entre el Ministerio y el establecimiento prestador de servicios, en lo que a la provisión y el uso de recursos se refiere.

De la misma manera, y con características similares a los acuerdos antes mencionados, se requerirá que la *entidad autónoma firme convenios de gestión con las Autoridades Regionales de Salud*; convenios que deberán ser necesariamente un tanto más detallados que los anteriores, pues tendrán que adecuarse a las diferentes características de cada región, así como a la existencia de recursos financieros de las contrapartes aportados por cada una de ellas para el financiamiento de su propia red, debiendo asegurarse que se actúe en concordancia con los objetivos nacionales, pero muy especialmente con las especificidades y prioridades propias de cada región.

Por lo demás, cabe recordar que no está previsto que las *redes departamentales* resuelvan todos los casos de quebranto de la salud, sino que *referirán los casos complejos a los hospitales regionales o nacionales*, financiados directamente por la entidad autónoma, razón por la cual este tipo de relación tendrá que constituir parte destacada de esta clase de acuerdos. Como se expresó anteriormente, conviene al sistema que en tales ocasiones compartan costos las redes que refieren y los hospitales que atienden la referencia, siendo necesario reglamentar qué parte o porcentaje asumirá cada uno de ellos. El mismo tratamiento tendrá que darse para normar la actuación de los servicios itinerantes.

Finalmente, un tercer y un cuarto tipo de acuerdos de gestión, esta vez similares, serán los que deben firmar tanto las *Autoridades Regionales de Salud* con sus *redes de servicios*, como la *entidad autónoma* con sus *hospitales regionales, nacionales y sus servicios itinerantes*.

Tales acuerdos requerirán ser más detallados y presentar una forma similar a la de los contratos, con cláusulas generales aplicables a todos los casos, que constituyan en realidad las reglas de juego del financiamiento (de naturaleza similar a las directivas anuales que establecía el IPSS respecto a sus gerencias

departamentales) y con cláusulas específicas referidas a montos financieros, metas y programas concretos de acción para cada caso particular.

Como ya se mencionó, el manejo presupuestal es, en la práctica, la única herramienta o factor de contrapartida de la autoridad central o regional que permite generar expectativas respecto a un grado aceptable de cumplimiento de los acuerdos de gestión. En tanto no se esté en condiciones de utilizarla por falta de elementos de juicio, de antecedentes estadísticos suficientes, o de sistemas de información adecuados que permitan su seguimiento, sería conveniente distinguir otra categoría de acuerdos que sean *preparatorios del acuerdo de gestión*.

El *plan estratégico* que se elabore en el nivel central debería, por lo tanto, definir los plazos en que cada red o establecimiento de referencia llegará a culminar las tareas preparatorias y entrará a los acuerdos de gestión propiamente dichos. Probablemente en algunos casos se podrá iniciar estos acuerdos en el año 2001 y en otros se requerirá entre 1 y 2 años de preparación, teniendo en cuenta que es en el nivel central en el que habrá que resolver muchos temas preparatorios, como definición de tarifas (que requiere previo análisis de costos); elaboración de indicadores, reglamentación de transferencias, sistemas de auditoría médica, etc.

Estos acuerdos previos o preparatorios pueden ser de naturaleza flexible, según el grado de avance alcanzado por la red u hospital, pero deberán establecer de antemano la definición del plazo en el que entrará en vigencia el nuevo sistema de financiación. En ese momento se les dejará de financiar con el sistema tradicional de partidas negociadas sobre la base de los gastos del año anterior, para comenzar a pagarles por los servicios efectivamente prestados, bien sea mediante una asignación per cápita o por la atención de casos específicos y muy probablemente por una combinación de ambas. Deberá hacerse conocer también que a partir de esas fechas existirán sistemas de incentivos y de ser el caso programas de racionalización, por lo que en los plazos fijados necesariamente tendrán que resolver todas las cuestiones preparatorias.

El sólo hecho de definir con claridad estos asuntos y demostrar la voluntad de impulsar su cumplimiento permitirá iniciar una mejora efectiva del sistema hospitalario nacional.

Estos acuerdos preparatorios podrían ser semejantes a los acuerdos llevados a cabo durante los últimos años en los cinco hospitales piloto, pero necesariamente tendrán que ir acompañados por reglamentaciones que faciliten la transformación administrativa basada en departamentos por especialidades médicas, a departamentos o gerencias clasificadas por áreas de gestión: consulta externa, hospitalización, etc. Asimismo, para promover su cumplimiento, deberán incorpo-

rar incentivos en los distintos niveles de personal, tales como: becas, viajes de estudio o perfeccionamiento en el país o en el extranjero, o gratificaciones excepcionales.

Deberán incluir asimismo compromisos específicos de la administración central, tales como: definir clasificaciones hospitalarias; establecer reglamentaciones sobre referencias; asegurar dotación de equipos de computo y de equipos de comunicación (radio, fax, correos electrónicos, ambulancias, etc.). También se deberá avanzar, en la conformación de los comités de administración correspondientes.

De no incorporarse estos nuevos elementos, tales acuerdos estarán destinados al fracaso y la frustración, como en el caso de los que se intentaron anteriormente.

Los convenios de gestión propiamente dichos deberán referirse básicamente a la estructuración, negociación y financiamiento de un presupuesto anual basado en metas de producción de servicios, estableciendo metas, tarifas, programas, forma y periodicidad de los pagos, mecanismos de evaluación y rendición de cuentas y de solución de problemas imprevistos, sistemas de provisión de informaciones y de preparación de indicadores de gestión.

Para el primer nivel de atención probablemente lo más práctico sea establecer una tarifa per cápita en los términos señalados en el acápite anterior, pero necesariamente esto tendrá que venir acompañado de ciertas cuantificaciones que permitan medir el servicio realmente brindado.

Un problema de difícil solución es medir, en este caso, el grado real de cobertura de la población, pues con seguridad la gran disparidad de presupuesto per cápita que hoy puede apreciarse, que va desde 6 u 8 soles anuales en departamentos como Loreto, Huancavelica o Cajamarca, hasta 108 soles anuales en el Callao, se debe a que en los primeros se viene atendiendo solamente a los núcleos poblacionales con menores dificultades de acceso, concentrados en los poblados más grandes, dejando de atender a un alto número de habitantes diseminados en pequeños poblados.

Como la asignación per cápita tiene necesariamente que hacerse en función del número total de pobladores del departamento, no tendría sentido tratar de igualar al inicio las tarifas per cápita si no se asegura paralelamente la ampliación de la cobertura en los departamentos más retrasados; como tampoco tendría sentido que perduren las actuales diferencias en las tarifas per cápita implícitas, pues ello equivaldría a convalidar la situación actual. Por ello, será necesario definir unas tarifas estándar (con las diferencias ya indicadas según el grado de complejidad de cada departamento) y sobre ella establecer porcentajes de des-

cuento según el grado de cobertura alcanzada y definir plazos en los que será obligatorio que cada red pase al escalón siguiente.

Para ello, será imprescindible definir un conjunto de indicadores, cuyo cumplimiento será indispensable para recabar la totalidad del presupuesto asignado. Estos tendrían que ver, no sólo con el volumen de servicios producidos, sino además, con el radio máximo de acción de los puestos de salud; el número mínimo de misiones itinerantes y las poblaciones a las que llega el servicio; el número de vacunaciones y de infantes atendidos, relacionado con el mínimo total de infantes del departamento; el número de consultorios per cápita disponibles o de horas-médico por habitante programadas; así como el número de partos atendidos en relación con el total de nacimientos registrados en la zona; o el número de quejas de la población insuficientemente atendida, de manera de relacionar realmente el servicio ofertado con la demanda potencial existente. Si esto no se hiciera así, el presupuesto per cápita sería sólo una variante formal, más sofisticada, del presupuesto actual.

Cabe hacer notar que el sistema tampoco funcionará si no existen registros y sistemas de información adecuados que permitan verificar el cumplimiento de tales indicadores. A la larga, tampoco funcionará si paulatinamente no se establece un sistema de auditoría médica, que permita verificar tanto la calidad de los registros, como la calidad de las atenciones brindadas; ya que se tiene la experiencia de que el pago por producción tiende a sobre valorar y a concentrar en exceso el número de atenciones, sin incentivar la calidad o efectividad de las mismas.

En el caso de los hospitales de apoyo o departamentales, sus presupuestos deberían estar relacionados estrictamente con el número de casos referidos, pudiendo iniciarse el sistema con tarifas diferenciadas para 10 ó 15 tipos diferentes de atención, como podrían ser: consultas externas, sesiones de medicina física o recuperativa, atención de tóxico, sesiones odontológicas, atenciones de urgencias, emergencias, días de hospitalización en ambiente general; hospitalización en unidad de cuidados intensivos, atención de partos, intervenciones quirúrgicas menores e intervenciones quirúrgicas mayores, u otras que resulten significativas. En los hospitales regionales o nacionales podrían justificarse unas 10 a 15 clasificaciones o sub-clasificaciones adicionales, siempre con el criterio de agrupar atenciones afines en cuanto a complejidad y costo.

Las tarifas a pagar por los casos referidos a los hospitales regionales y nacionales deberían ser compartidas de manera que una parte la pague la red que referencia y otra parte la propia *entidad autónoma* que financia a tales centros hospitalarios. Podría pensarse, por ejemplo, en que un 30% sea abonado por la red y un 70% por la entidad autónoma. A cada red se le asignaría un monto global

anual para referencias, en función de coeficientes históricos o indicadores estándar referido a porcentaje de casos complejos y sería de su responsabilidad que el manejo real del sistema le deje déficit o superávit, teniendo en cuenta que deberá referir al usuario con todos los análisis previos necesarios a su alcance.

Tal mecanismo establecerá un incentivo para no efectuar referencias innecesarias y de otra parte, evitará la exagerada concentración en los hospitales regionales y nacionales, que constituye actualmente la principal razón por la cual los gastos presupuestales se concentran excesivamente en ellos y se produce la saturación que impide mejorar el servicio.

Obviamente, este sistema tiene que ir acompañado por la implantación de auditorías médicas efectivas y por el funcionamiento de los sistemas antes indicados de defensa de los derechos del o la usuario/a, para evitar que se dejen de efectuar o atender las referencias necesarias.

El mismo mecanismo deberá utilizarse en el caso de los servicios itinerantes, creándose así un incentivo para transferir tecnología y aumentar la capacidad de resolución de las redes departamentales.

Un criterio que habrá que analizar con detenimiento es si conviene incluir dentro de las tarifas finales los costos de las medicinas, exámenes radiográficos y de laboratorio (tal como hace el IPSS) o si resulta preferible tarifar y contabilizar éstos por separado. Ambos sistemas tienen sus efectos positivos y negativos, por lo que será conveniente decidir por el que sea más simple de aplicar y auditar.

En este sistema, resulta básico que los pagos se efectúen por población o caso realmente atendido; pero obviamente los establecimientos y redes requieren de un capital de trabajo inicial. Por lo tanto, se propone que se gire a los establecimientos una partida inicial equivalente a cuatro meses de funcionamiento y que trimestralmente se realice una liquidación de los servicios efectivamente prestados, imprescindible para obtener remesas de dinero adicionales, previéndose después de diciembre dos meses adicionales para regularizar las contabilidades del año anterior. En el IPSS tales liquidaciones son mensuales, pero ello requiere mucho mayor sofisticación en los registros, sistemas de información y contabilidad.

Cabe reiterar que durante los primeros años, aun cuando no se cumplan las metas pactadas y aunque los volúmenes efectivos de servicios producidos no lo justifiquen, será necesario continuar girando a los establecimientos las partidas que posibiliten la continuidad de su funcionamiento. Pero será necesario que éstas consten en una contabilidad separada, de manera de ir estableciendo una cultura institucional ligada al incremento de la productividad; y de manera también de acopiar elementos de juicio que permitan definir respecto a la fusión o cierre de

establecimientos, o de programas de racionalización de costos que eliminen las ineficiencias encontradas.

2.3.5. Estrategias de implementación inmediata

Son muchos los cambios que se plantean en la concepción del manejo hospitalario, y ellos dependen del modelo conceptual que finalmente se defina para el sector salud en su conjunto. Los planteamientos de mediano y largo plazo han sido ya expuestos, pero tomarán tiempo y mientras se obtienen las definiciones de mayor aliento, que en muchos casos requerirán de nuevas normas legales, es conveniente perfilar lo que resultarían las tareas inmediatas, factibles de ser abordadas en el plazo de los próximos 12 meses, con lo que se lograría avanzar en la dirección deseada:

- *Definir y organizar el núcleo central.* Esto es reforzar la Oficina Sectorial de Planificación, crear la Dirección General de Atenciones Hospitalarias o su equivalente y sentar las bases conceptuales para la creación de la entidad autónoma, encargada de administrar el financiamiento asignado por el Gobierno a los servicios de salud. Asimismo, poner en pleno funcionamiento el Comité de Coordinación Sectorial.
- *Definir los plazos en los que el núcleo central deberá tener expeditas las clasificaciones y reglamentaciones necesarias, así como el plan estratégico nacional y las orientaciones de política centrales.* Deberá tenerse en cuenta, en este caso, que no se tratará de simples elaboraciones de gabinete a nivel central, sino que habrá que prever una adecuada interacción entre los niveles centrales, regionales y los hospitales y redes.
- *Definir sobre la base de los antecedentes y la experiencia existente en cuáles redes departamentales y en qué hospitales regionales y nacionales se podrá iniciar de inmediato a aplicar efectivos acuerdos de gestión y en cuáles solamente se aplicarán acuerdos preparatorios.* Definir asimismo en qué plazos razonables estos últimos podrán y deberán ingresar al sistema de acuerdos de gestión. Tales definiciones pueden hacerse aun cuando no se tome una resolución definitiva respecto a cuáles hospitales serán calificados como nacionales, regionales o cabezas de red.
- *Definir por lo menos 4 a 6 redes departamentales,* con las cuales se iniciará el proceso de cambio.
- *Preparar análisis de costos estándar* para 15 ó 20 productos de los indicados en la propuesta y establecer sus rangos de variación en cuatro o cinco de los hospitales que actúan en los diferentes niveles de atención hoy existentes.

- *Simular presupuestos por producción y tarifas*, retrospectivos a los años 1998 y 1999, para los 137 hospitales existentes, utilizando los registros históricos de producción y diferentes niveles de tarifas que resulten concordantes con los costos calculados. Alternativamente se podría simular qué tarifas se debería haber aplicado para obtener sistemas relativamente equilibrados, de manera de conocer el rango de discrepancia entre la situación ideal y la situación real, así como la ubicación de los puntos críticos.
- *Definir e implementar el equipamiento informático* y los registros médicos imprescindibles.
- *Analizar y resolver los ajustes necesarios en la contabilidad*, para aplicar el sistema propuesto, especialmente en todo lo necesario para separar la contabilidad de las «clínicas» existentes.
- *Definir un conjunto mínimo de indicadores de evaluación y control*, involucrando en ello a los hospitales.
- *Discutir con los Gobiernos Regionales y con los centros hospitalarios éste y otros documentos similares*, con el objeto de buscar áreas de consenso.

RESUMEN: BALANCE, PROBLEMAS Y RECOMENDACIONES

Balance General

La problemática de los hospitales ha sido tratada de manera aislada y se les dirige con una visión de archipiélago, lo que quizás constituya uno de sus problemas centrales. No existe una entidad en el gobierno que asuma en los hechos la responsabilidad de la visión integrada ni un planeamiento estratégico que los incorpore. En ese entorno, cada hospital toma las decisiones que le parecen más adecuadas para sobrevivir y conseguir la asignación de recursos.

Problemas identificados

- Ausencia de una visión de conjunto en la administración del sistema y en el uso del presupuesto. Baja productividad en los hospitales, alto grado de capacidad instalada no utilizada, duplicación e indefinición de funciones.
- Deficiencias en la definición y clasificación hospitalaria y carencia de sistemas de acreditación y referencia en el MINSA, que dificultan la discriminación de funciones y no le permiten trabajar como un sistema de salud integrado.
- No hay definición de responsabilidades ni control en el MINSA respecto a qué servicios se debe necesariamente brindar a la población en el ámbito local y regional.
- El cobro en las llamadas “clínicas” del MINSA no se registra con detalle de manera separada del resto por lo que no puede saberse si la “clínica” contribuye a financiar el servicio hospitalario general o si el servicio general y los aportes del Tesoro Público contribuyen a subsidiar tal servicio.
- El porcentaje de cobros a los pacientes es creciente en el caso del MINSA. Las tarifas no son uniformes ni están reglamentadas.

- Limitada cobertura debido al cobro por las medicinas y la ineficiente provisión de medicamentos.
- El sistema hospitalario MINSa-CTAR resulta diminuto con relación al conjunto poblacional que debe atender, lo que se refleja en muy bajos índices de servicios per cápita.
- El crecimiento del presupuesto del MINSa ha favorecido a los hospitales del nivel III y IV, en vez de los hospitales del nivel I. Asimismo, hay una gran desproporción en los indicadores de salud de la capital con los del interior del país: los recursos del MINSa son el doble de los recursos de los gobiernos regionales y la relación es de siete a uno en términos per cápita. Esto refleja la ausencia de un planeamiento global.
- Existen diferencias regionales muy marcadas que desfavorecen a las provincias en especial a las zonas rurales. El centralismo en la toma de decisiones limita la actuación regional.
- Marcada diferencia de enfoques entre MINSa-EsSalud. Los hospitales del MINSa operan con costos más baratos que los de EsSalud, pero en los hospitales del nivel III parece suceder lo contrario. Existen, además, profundas diferencias entre ambos sistemas de administración.
- Debilidad del rol normativo y fiscalizador del MINSa. Difícilmente se podrá avanzar mucho en la introducción de racionalidad en los hospitales y en los sistemas regionales o locales, si no se avanza simultáneamente en racionalidad y capacidad de regulación central. Esta capacidad de regulación se refiere a todo el sistema y no sólo al ámbito del Sector Público.
- *Estratificar el sistema hospitalario.* Esta estratificación debe darse en función de los servicios ofrecidos. Los hospitales locales deben ser ubicados como parte de redes de servicios de primer nivel.
- *Separar a escala nacional la función directiva de la gestión de los servicios.* El gobierno central sólo debería elaborar el Plan Estratégico. Las redes regionales se administrarían independientemente y se convertirían en interlocutores entre los hospitales regionales y el gobierno central.
- *Establecer acuerdos de gestión.* Ello permitiría asegurar el cumplimiento de los objetivos que se buscan al entregar el financiamiento y definir con claridad los parámetros y las condiciones dentro de los cuales los hospitales tienen plena autonomía para utilizar los recursos puestos a su disposición.
- *Trabajar con presupuestos por producción.* Ello supone calcular costos y definir tarifas. Debe comenzarse con cuatro a seis experiencias piloto, antes de expandir la experiencia a todo el ámbito. El sistema de clínicas debe trabajar con contabilidad separada.
- *Coordinar planes y programas.* La coordinación entre el MINSa y la seguridad social debe realizarse sobre la base de un Plan Estratégico, elaborado por el MINSa, que permita confluir en un sistema integral a mediano o largo plazo, iniciar un vasto plan de servicios cruzados, y definir el rol y los mecanismos de interrelación con el sector privado.

Recomendaciones

- *Mejorar la asignación y el uso de los recursos de EsSalud.* Seguir promoviendo la racionalidad empresarial y continuar la separación entre la función financiera y las prestaciones. Introducir mecanismos de incentivos para que las redes reduzcan costos y aumenten calidad. Profundizar en los seguros especializados. Reducir a tres los niveles hospitalarios.
- *Expandir los servicios y la cobertura de la seguridad social.* Conformar redes regionales que agrupen a varias gerencias departamentales y contribuyan a mejorar el servicio y a bajar los costos administrativos. Estas redes deberán incorporar el uso de servicios itinerantes y la subcontratación de servicios con el MINSa. Establecer redes departamentales con hospitales especializados y una población adscrita a sus zonas.

BIBLIOGRAFÍA

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO (BID)

1996 *Cómo organizar con éxito los servicios sociales en América Latina.*

FRANCKE, Pedro

1998 *Focalización del gasto público en salud en el Perú: Situación y alternativa.* Documento de Trabajo N° 155. Lima: PUC

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL

1998 Plan estratégico: redes de servicios de salud (Documentos de trabajo).

1998 Plan estratégico: institutos especializados (Documentos de trabajo).

1999 Presupuesto 1999. Documentos técnicos y evaluaciones.

1998 Presupuesto 1998. Documentos técnicos y evaluaciones.

1997 Presupuesto 1997. Documentos técnicos y evaluaciones.

1996 Presupuesto 1996. Documentos técnicos y evaluaciones.

1995 Presupuesto 1995. Documentos técnicos y evaluaciones.

MINISTERIO DE SALUD

1998 Ejecución presupuestal 1998.

1998 Seminario internacional: la reforma del sector salud.

s/f Manual de conformación de redes de salud (Documento de trabajo).

MINISTERIO DE SALUD\Oficina de Estadística e Informática (OEI)

1997 *Segundo censo de infraestructura sanitaria y recursos humanos del sector salud 1996.* Lima: MINSA.

MINISTERIO DE SALUD\Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG)

1999 *La experiencia del acuerdo de gestión.*

1997 *Acuerdo de gestión Hospital Nacional Cayetano Heredia.*

1998 Monitoreo, sistematización, supervisión y documentación de las experiencias iniciales del acuerdo de gestión en el Hospital del Niño.

1998 Monitoreo, sistematización, supervisión y documentación de las experiencias iniciales del acuerdo de gestión en el Hospital Alcides Carrión.

s/f Monitoreo, sistematización, supervisión y documentación de las experiencias iniciales del acuerdo de gestión en la Dirección Regional de San Martín y red de Moyobamba.

MINISTERIO DE SALUD / PSNB / CARE

s/f Manual de organización y funciones de la micro red.

PROYECTO 2000

1998 Financiamiento del sector salud 1995-1996.

1995 Análisis del financiamiento del sector salud.

1999 Implementación del SICI en el Hospital Ramos Guardia de Huaraz.

OIOE / MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS (MEF)

1999 Guía para desarrollar el planeamiento estratégico.

SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE SANTA FE DE BOGOTÁ

s/f *Metodología para la planeación institucional estratégica.*

TELYUKOV

1998 Requisitos de información clínica para la reforma de pagos hospitalarios.

1998 Encuesta regional y hospitalaria en 7 áreas del Perú.

WALFORD, Verónica

1998 Mejorando la eficiencia en los hospitales.

VIII. LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD

*GIOVANNI ESCALANTE GUZMÁN*¹⁴

Durante la década pasada el sector salud peruano ha pasado por dos grandes procesos. Por un lado, reformas parcelares concentradas en los aspectos del financiamiento; focalización de la inversión en salud extendiendo la oferta de los servicios; otorgamiento de subsidios públicos para los escolares y el grupo materno-infantil, y formulación de un marco legal sanitario que redefine las responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el individuo, orientando la coordinación entre el régimen contributivo y el subsidiado. Adicionalmente, el mercado privado cuenta con nuevas oportunidades a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Por otro lado, los ámbitos descentralizados y operativos han generado cambios, tales como las iniciativas locales desde la gerencia y la prestación para mejorar la eficiencia, la auto-sostenibilidad y la protocolización de la atención de salud, entre otros.

Surge, sin embargo, una paradoja difícil de entender: a pesar de la amplia coincidencia acerca de la importancia del factor humano en salud, no se produjeron en este sector cambios sustanciales en la forma de desarrollar y gerenciar los recursos humanos.

Pero... ¿por qué fue difícil conciliar el hecho racional de que toda acción sanitaria es generada por el personal de salud en su doble e indivisible condición de persona y trabajador de salud?.

Todos concuerdan en que el personal de salud gestiona y sustenta el sistema de salud y sus servicios, y que la intensidad y calidad de sus acciones generarán resultados y beneficios a la población.

Los trabajadores de salud tienen un rol estratégico de intermediarios entre la población y el servicio. La conciliación de sus intereses y objetivos con los servicios y la población a la que sirven podrá efectivizar un verdadero pacto social por la salud y el desarrollo.

¹⁴ Médico, con maestría en salud pública en LSH&TM. Consultor en proyectos de desarrollo y docente en distintas universidades del país.

Este documento intenta trascender el mero análisis de la situación de los recursos humanos hacia el planteamiento de una agenda concreta para el desarrollo y la gestión del personal de salud.

El marco analítico de políticas para el desarrollo de los recursos humanos, precisado en el Proceso de Consulta Interpaíses en Colombo, Sri Lanka (1998), será utilizado para verificar si el Ministerio de Salud, como ente rector, ha absuelto las cuestiones fundamentales (WHO/CHS/HSS 1999):

- Extensión de las políticas y planes en respuesta a las necesidades identificadas;
- Bases y pasos utilizados para la formulación de políticas y el planeamiento;
- Mecanismos para la toma de decisiones y desarrollo de estrategias;
- Previsión ante posibles obstáculos;
- Negociación y consultas para la formulación y aplicación de políticas;
- Existencia de capacidades nacionales para implementar las políticas y los planes.

Otro elemento a tener en cuenta es que existe un concepto renovado acerca del «desarrollo de recursos humanos: está relacionado con las diferentes funciones que involucran el planeamiento, gerencia y apoyo al desempeño profesional de la fuerza de trabajo en un sistema de salud y su contexto estratégico y político». La idea es también preguntarse si éste ha sido efectivamente utilizado por el sector para buscar a “la gente correcta, con las correctas habilidades y motivación, en el lugar y momento adecuados” (Martínez y Martineau 1996).

1. Creciente formación de recursos humanos en salud

Para 1996, el Perú contaba con 137 carreras profesionales universitarias vinculadas a las ciencias de la salud (INEI 1996).

En el período 1985-1993 se produjo un crecimiento promedio del 26% en el número de estudiantes en cuatro profesiones de la salud (medicina, obstetricia, odontología y enfermería). Para 1997, ya existían 23 facultades de medicina, 32 facultades de enfermería y 274 institutos tecnológicos superiores de formación de técnicos en salud¹⁵. La gravedad del problema se grafica en el caso de la profesión médica: el promedio de médicos egresados anuales pasó de 27 en el período de 1917-1926 a 1,026 nuevos médicos anuales en el quinquenio 1990-1995.

En los cuatro últimos trienios (1985-1996) ha existido una tasa de crecimiento geométrico de los médicos de un 4% anual, mientras que la tasa de crecimiento demográfico anual para el mismo período ha sido de 1.77% anual (Bustíos y

¹⁵ Asamblea Nacional de Rectores, ASPEFEEN y ENSAP 1998.

Swayne 1998). Esta expansión de profesionales de la salud hace que el desempleo o sub-empleo ya sea un peligro patente.

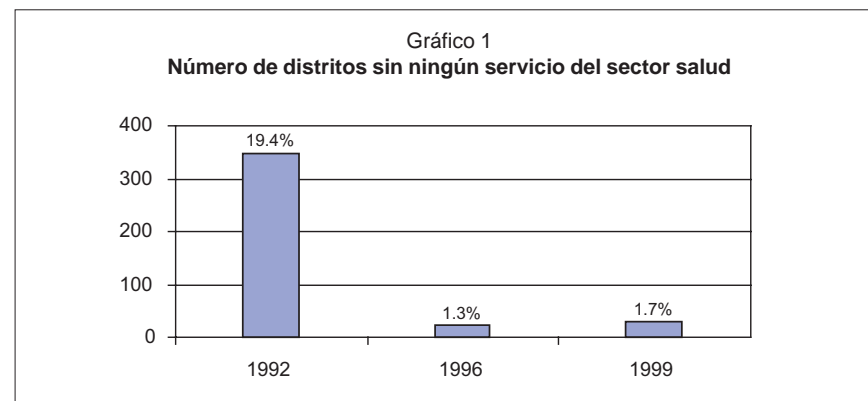
Si bien el reporte del Banco Mundial sobre Perú (World Bank 1999), luego de la revisión de las tendencias en el mercado «sugiere que la plétora de médicos es rápidamente explicable como un efecto del colapso en el gasto público y privado durante la crisis económica de 1993-1998, más que un resultado del crecimiento en la tasa de graduación»; la revisión de las otras fuentes de información comprueba el crecimiento geométrico de la profesión médica.

En tal sentido, la Ley N° 27154 (julio 1999) institucionaliza la acreditación de las facultades o escuelas de medicina para garantizar la calidad e idoneidad de la formación académico-profesional de los médicos cirujanos y la atención de salud a la comunidad; suspendiendo la autorización de funcionamiento de nuevas facultades y escuelas de medicina, en tanto no se sometan a una acreditación.

Sin embargo, esta medida ha sido parcial, requiriéndose de un mecanismo regulatorio integral que abarque a todas las profesiones de las ciencias de la salud, incluyendo las técnicas. Existen iniciativas de los gremios profesionales que pueden ser adecuadamente canalizadas, como se verá más adelante.

2. Extensión de los puestos laborales

Es evidente que se ha producido una extensión de los establecimientos de salud (de 3,924 en 1992 a 7,326 establecimientos en 1996). En 1992, casi 350 distritos no disponían de ningún servicio del sector salud (19.4% del total de distritos del país). En 1996, este número se reduce drásticamente a menos de 25 distritos (1.3% del total de distritos) (Ricse 2000).

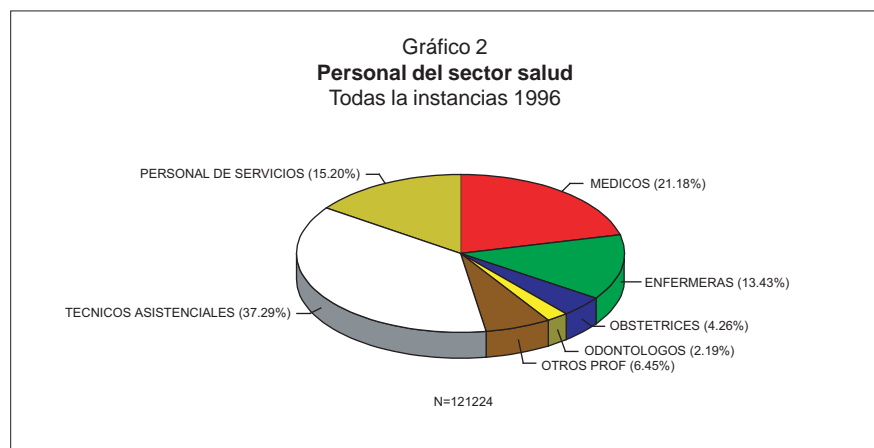


Fuente: OEI-MINSA. Censos 1992, 1996, 1999. Elaboración: Ricse C. (2000)

La gráfica 2 muestra los más de 120,000 puestos laborales del sector salud en 1996¹⁶ ubicados en los 472 hospitales, 1,849 centros de salud, 4,868 puestos de salud y 117 otras dependencias. El grupo ocupacional de los profesionales integra el 48% del total de los puestos laborales, destacándose que el resto de los puestos está ocupado por personal técnico y de servicios.

La gran mayoría de los puestos de salud está a cargo de personal técnico, lo que podría representar un riesgo si es que los establecimientos no estuvieran operando como una red que vincula servicios y capacidades resolutivas.

Cabe preguntarse si es que existe una verdadera articulación mediante esquemas de referencia y contra-referencia, transporte sanitario y niveles de resolutiveidad. Estas cifras plantean otras interrogantes tales como: si el personal profesional y técnico labora utilizando un nuevo modelo de atención que propugna un trabajo en equipo para otorgar servicios integrales de salud, y si existen mecanismos para evaluar el desempeño, incentivarlos y capacitarlos.



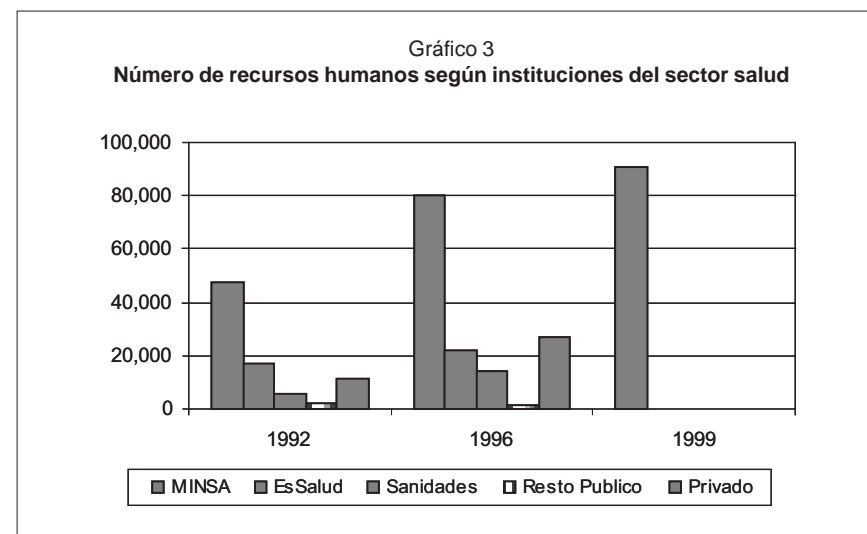
Fuente: OEI/PFSS 1996
Elaboración: Proyecto Generación de Capacidades

¹⁶ El II Censo de Infraestructura y Recursos Humanos de 1996 no registró información sobre pluriempleo, dado que algunos trabajadores laboran en más de un subsector y pudieron haber sido contabilizados más de una vez en el total sectorial. Por lo tanto, es más conveniente hablar de puestos laborales. Además se ha excluido el rubro «personal administrativo» dado que se ha incurrido en un error sistemático. Se trata de que mientras que se recoge la información de todo el personal que brinda atención asistencial según la profesión que tienen, en el caso del personal administrativo se hace por la función que cumple.

3. Distribución institucional de los recursos humanos

El Ministerio es y ha sido el principal empleador. Todas las instituciones del sector han acrecentado los puestos laborales durante la década pasada. Los mayores incrementos se produjeron en la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (156%), seguido del subsector privado (139%). En EsSalud y en el MINSA los aumentos han sido moderados, de 30% y 68% respectivamente.

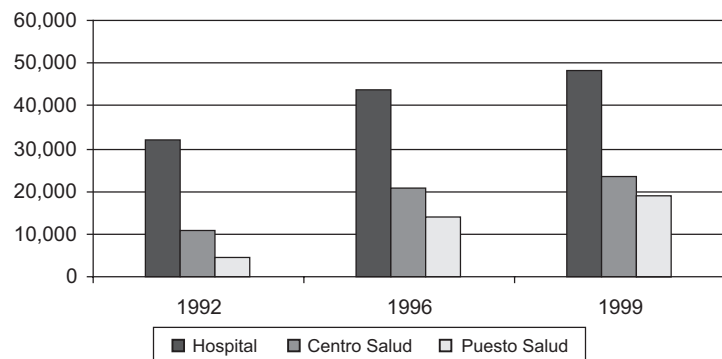
En el MINSA el aumento continuó en los últimos años (91% del volumen de personal en comparación con 1992) (Ricse 2000).



Se muestra un retraso en la velocidad de expansión del subsector público a diferencia de los otros prestadores, lo que hace pensar en que se está llegando al máximo posible, con obvias consecuencias de no contarse con más plazas laborales en el futuro.

En el MINSA, por ejemplo, el mayor número de puestos laborales se encuentran concentrados en los hospitales; pero ha sido compensado a través de un incremento de nuevos puestos laborales en los servicios de primer nivel de atención (en 1996 aumentó en un 200% y en 1999 en un 314%). Estos hallazgos reflejan el esfuerzo por extender la cobertura de los servicios mediante el Programa de Salud Básica para Todos, confirmado también en el Reporte sobre el Perú del Banco Mundial (Ricse 2000, World Bank 1999).

Gráfico 4
Número de recursos humanos del MINSA, según tipo de establecimiento de salud



4. Persistencia de contratos vitalicios y rígidos del personal de salud en el nivel sectorial

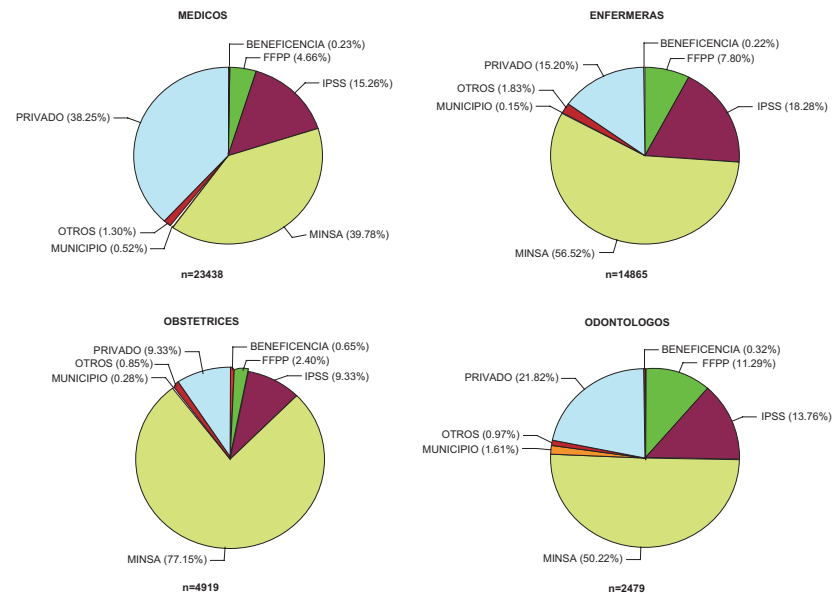
Una gran proporción del personal sectorial profesional y técnico tenía la condición de nombrado¹⁷. Por ejemplo, en el caso de los profesionales, 89% de las asistentes sociales, 71% de las enfermeras y 60% de los odontólogos estaban “nombrados”¹⁸, siendo esta proporción aún mayor a nivel del MINSA.

Estos nombramientos están basados en un régimen contractual público (D.L. N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa) con pocas modificaciones desde el siglo XIX. Utiliza los antiguos criterios poco flexibles que no posibilitan modificar los mecanismos de pago basados en una evaluación del desempeño (que llevan implícitos los criterios simultáneos de calidad y productividad en la prestación de los servicios) ni adoptar la necesaria flexibilidad en los horarios, la movilización del personal o el otorgamiento de incentivos.

¹⁷ Personal que goza de permanencia y estabilidad hasta su jubilación según Ley de Trabajo y Carrera de los Profesionales de la Salud (Ley N° 23536), Ley de Trabajo Médico (Decreto Legislativo N° 559), y Ley de Bases e la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público (Decreto Legislativo N° 276).

¹⁸ Los nombramientos son vitalicios. La persona bajo esta modalidad contractual es considerada “dueña” de su cargo.

Gráfico 5
Profesionales 1996



No estaría mal utilizar este régimen contractual pues permite contar con personal estable; sin embargo, hay que reconocer que éste no se halla bien remunerado, no cuenta con incentivos y no existen reales posibilidades para «oportunidades de desarrollo profesional».

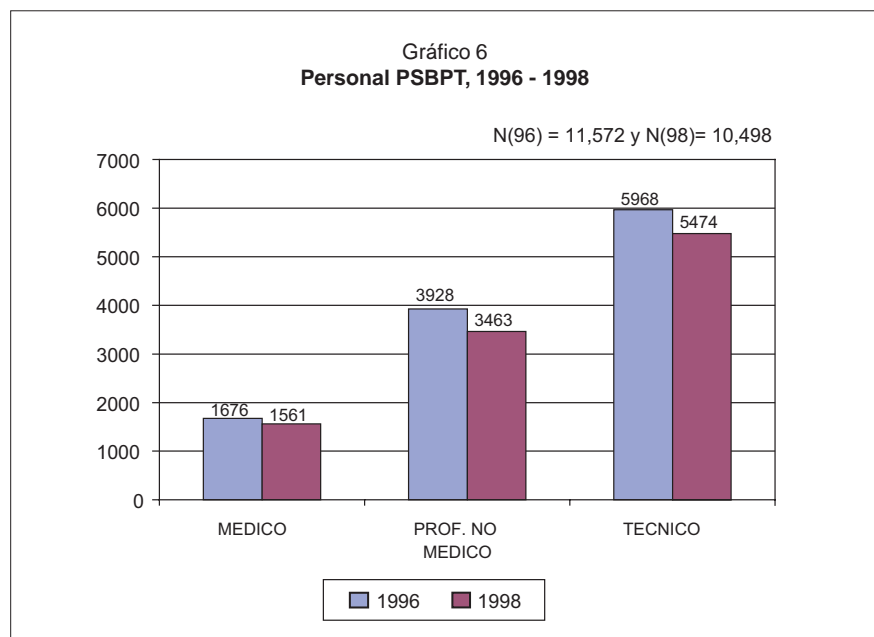
Erróneamente se ha pensado que el «nombramiento» es la mejor alternativa para un trabajador. Sin embargo, hace del trabajador un «asalariado», es decir que a él o a ella se le paga por una jornada laboral de 150 horas al mes, la misma que es verificada con el más estricto control de asistencia, mas no por el desempeño. El trabajador/a no puede ser trasladado a otros servicios o establecimientos salvo a través de los limitados y complejos mecanismos como los destacados, comisiones de servicios y reasignaciones.

La mayoría de los trabajadores consideran esta última aseveración como justa y necesaria. Sin embargo, la práctica inamovilidad y el asalariamiento cortan las posibles promociones, los nuevos y mejores mecanismos de pago o los desplaza-

mientos a otros establecimientos bajo los modernos conceptos de redes de servicios.

Adicionalmente, restricciones en las leyes anuales de presupuesto no permiten desde 1996 «nombrar» al personal, sólo «contratarlo», ya sea bajo la modalidad de «servicios no personales» (que no cuenta con protección social ni relación de dependencia con la institución), contratos del régimen público (muy escasos y limitados) o contratos privados utilizados por EsSalud (organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno) y por los CLAS (asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica de derecho privado)¹⁹.

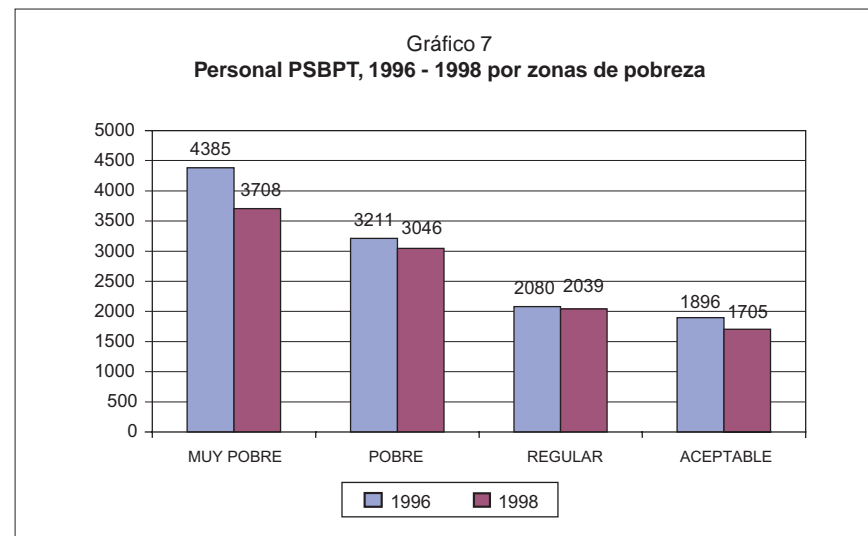
El Programa Salud Básica para Todos, por ejemplo, pudo captar personal a través de los «servicios no personales» ya descritos, contando a la fecha con más de diez mil trabajadores distribuidos en las zonas pobres del país. Sin embargo, este personal tiene contratos de corto plazo, sin beneficios sociales, no pudiendo garantizarse, de esta manera, una continuidad en sus acciones.



Fuente: PSBPT 1999.

¹⁹ Contratos del Régimen Privado (Decreto Legislativo N° 728. Regido por el Texto Único Ordenado de la Ley de Formación y Promoción Laboral (D.S. N° 002-97-TR), y la Ley de Productividad y Competitividad Laboral (D.S. N° 003-97-TR).

Con respecto a este tema surge otra interrogante: ¿cómo conciliar la necesidad de contar con un presupuesto público balanceado que no implique el riesgo de un crecimiento desmedido de la planilla de personal, con las mayores demandas de prestación que tiene la población en su conjunto?.



Fuente: PSBPT 1999.

5. Persistentes inequidades en la distribución del personal de salud

El sector salud no ha podido superar las brechas distributivas en el personal de salud, observándose que el personal profesional y técnico aún está concentrado en unos cuantos departamentos. El análisis longitudinal revela que este fenómeno se viene arrastrando desde hace más de cincuenta años. Este es un indicador que determina la pobre efectividad de una planificación de los recursos humanos, hecho que se puede corroborar, por ejemplo, observando las tasas de disponibilidad de los médicos. En 1996, Apurímac contaba con tres médicos para diez mil habitantes, mientras que Lima tenía 19 médicos por cada diez mil personas.

6. Disponibilidad de recursos humanos eventuales

El Servicio Rural Urbano Marginal (SERUMS) es un mecanismo para expandir la oferta de profesionales de la salud recién egresados hacia las zonas rurales y urbano marginales.

Entre 1978 y 1990 se ha podido extender esta oferta con la participación de 11,303 profesionales, 18.2% bajo la modalidad del Servicio Civil de Graduados (SECIGRA) hasta 1982, y 81.8% bajo el sistema de SERUMS.

En el caso del SECIGRA, el servicio era requisito para obtener el título profesional, mientras que en el SERUMS, se estableció que todo profesional de las ciencias de la salud estaba obligado a prestar sus servicios profesionales en establecimientos de salud rurales o urbano marginales durante un año. Con el cumplimiento de este requisito, el profesional podría vincularse laboralmente con el Estado, aspirar a una segunda especialización o a una beca en el exterior (Frisancho 1993).

Desde 1989 a 1990 el número de profesionales bajo esta modalidad se elevó en un 36%. El Censo de 1996 registró 1,107 puestos laborales para médicos SERUMS en el nivel sectorial; 73% de ellos se ubicaban en el MINSA y 17% en el ex IPSS. En el último quinquenio, sin embargo, no ha sido posible incrementar el número de puestos para SERUMS a pesar de las crecientes demandas de los profesionales para participar en los «sorteos». Lo curioso de la situación es la utilización de este mecanismo *sui generis* para seleccionar a los profesionales, que por su naturaleza, ya no es justificable en el futuro.

7. Rol protagónico de la mujer en el subsector público

La información de planillas del personal de la Sede Central del Ministerio de Salud en 1996, mostró la importante presencia de personal femenino al nivel de los servicios de salud: institutos especializados (68%), hospitales (62%), centros de salud (70.5%) y puestos de salud (73.3%). Lo mismo ocurre en el caso del personal de las instancias administrativas de las UTES (60%) y OPDs (52%) donde el personal femenino fue mayoritario, a excepción de las DISAS donde se da un equilibrio, y la Sede Central donde se produce un ligero predominio del sexo masculino (56%).

8. Recursos humanos y régimen de pensiones

En la información de planillas del personal de la Sede Central, se encontró que el Ministerio de Salud tenía aún responsabilidad financiera para el pago pensionario del 52% del personal cesante o jubilado. De tal forma, los servicios debían incluir este rubro en sus presupuestos para poder hacer frente al compromiso previsional de los ex trabajadores de salud.

Cuadro 1
Evolución de la disponibilidad de médicos
(Tasas por diez mil habitantes 1957-1996)

Departamentos	1957a	1964b	1981c	1991d	1992e	1996f
Amazonas	0.89	1.53	0.32	1.25	1.22	3.30
Ancash	1.02	1.43	1.73	4.86	4.79	6.38
Apurímac	0.31	0.42	0.32	0.56	0.55	2.92
Arequipa	3.93	5.88	9.83	3.39	3.32	14.51
Ayacucho	0.35	0.66	0.55	1.04	1.03	4.29
Cajamarca	0.44	0.58	0.51	1.07	1.06	3.07
Callao	-.	11.11	-.	21.82	21.43	21.26
Cusco	0.96	1.39	1.62	2.40	2.36	5.05
Huancavelica	0.30	0.36	0.32	0.76	0.76	2.78
Huánuco	0.69	1.01	1.67	1.94	1.90	3.68
Ica	4.92	5.54	7.61	11.87	11.68	12.14
Junín	2.21	2.27	2.30	3.17	3.11	5.82
La Libertad	2.00	3.12	6.40	8.33	8.17	8.26
Lambayeque	2.58	3.33	4.87	10.36	10.12	7.83
Lima	17.27*	14.28	17.14*	14.13	13.80	18.93
Loreto	3.30	2.27	2.16	2.23	2.18	4.15
Madre de Dios	4.42	2.22	3.59	10.63	10.30	9.86
Moquegua	1.54	3.85	8.77	11.63	11.36	11.61
Pasco	1.60	2.86	3.70	4.05	3.95	5.66
Piura	0.46	2.17	2.78	3.93	3.86	6.40
Puno	0.39	0.64	0.77	2.75	2.72	3.39
San Martín	0.68	1.39	1.01	2.47	2.38	4.32
Tacna	4.41	3.70	5.94	6.31	6.11	10.69
Tumbes	7.55	4.17	1.88	2.99	2.91	7.03
Ucayali	-.	-.	-.	3.67	3.58	4.25
NACIONAL	4.35	4.57	7.63	7.47	7.32	10.32

- a) Modificado de Encuesta Médico Hospitalaria en el Perú, Facultad de Medicina (UNMSM 1957) En: Brito, P. O. Lazo y C. Lip (1990).
b) Health Manpower in Perú. Thomas Hall. 1969. En Bustíos C. (1985)
c) Recursos Humanos en Salud 1970-1985. En: Bustíos C. (1985).
d) Mapa de Salud del Perú. Oficina de Estadística e Informática. 1993.
e) El Censo de Infraestructura y RRHH 1992- MINSAL \ PFSS
f) El Censo de Infraestructura y RRHH 1996-MINSAL \ PFSS. Incluye médicos y población del Callao.

9. Recursos humanos, bajos salarios y altos costos

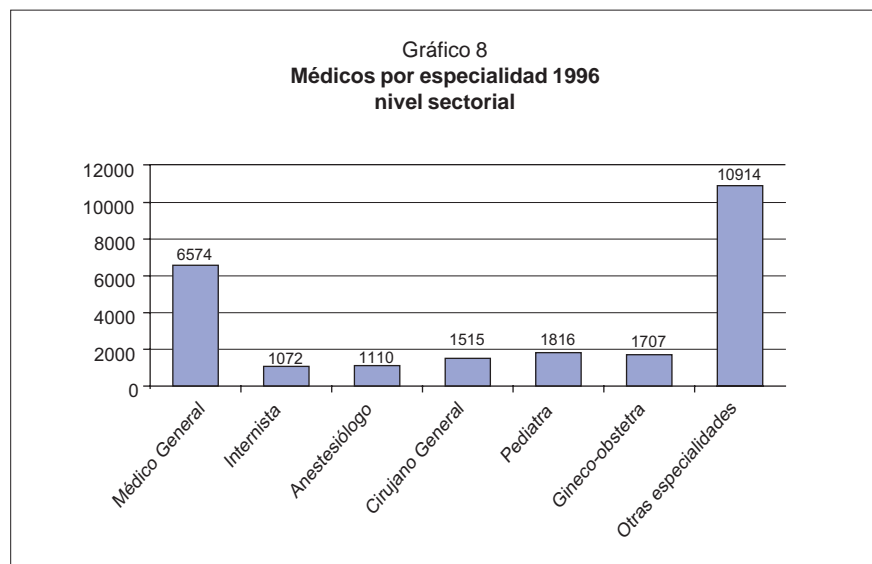
En 1996, se evidenciaron cuatro grandes niveles de concentración salarial. En orden de mayor incidencia está el nivel remunerativo de 401-500 nuevos soles y luego el de 601-700 nuevos soles. Con menor frecuencia están los niveles salariales de 1,301-1,500 y de más de 1,500 nuevos soles. La mayor proporción de personal percibía entre US\$ 164 y US\$ 204 en 1996, mientras que en 1983, el

mencionado grupo profesional recibía entre US\$ 72.7 y US\$ 188. A pesar de este incremento, estos niveles no están acordes al creciente costo de la canasta básica.

Un estudio muestral de los costos de los establecimientos del Ministerio de Salud, encargado a la Universidad del Pacífico, estableció que en promedio el 70% de los costos totales son atribuibles a los pagos de las planillas del personal en el caso de los hospitales. En el caso de los puestos y centros de salud, los costos de personal están alrededor del 60% de los costos totales. De existir recortes presupuestales produciría una mayor reducción en los recursos financieros disponibles para los bienes, servicios, equipos e infraestructura.

10. Tendencia a la sobre-especialización de los médicos

El perfil de especialidades en 1996 a nivel sectorial evidencia: 26% de médicos generales, 30% con alguna especialidad "básica o troncal" y 44% con sub-especialidades. Existe, por lo tanto, contradicciones entre las necesidades generadas por el perfil demográfico y epidemiológico peruano con el actual perfil de especialidades, además de la ya descrita no-equitativa distribución de los médicos.

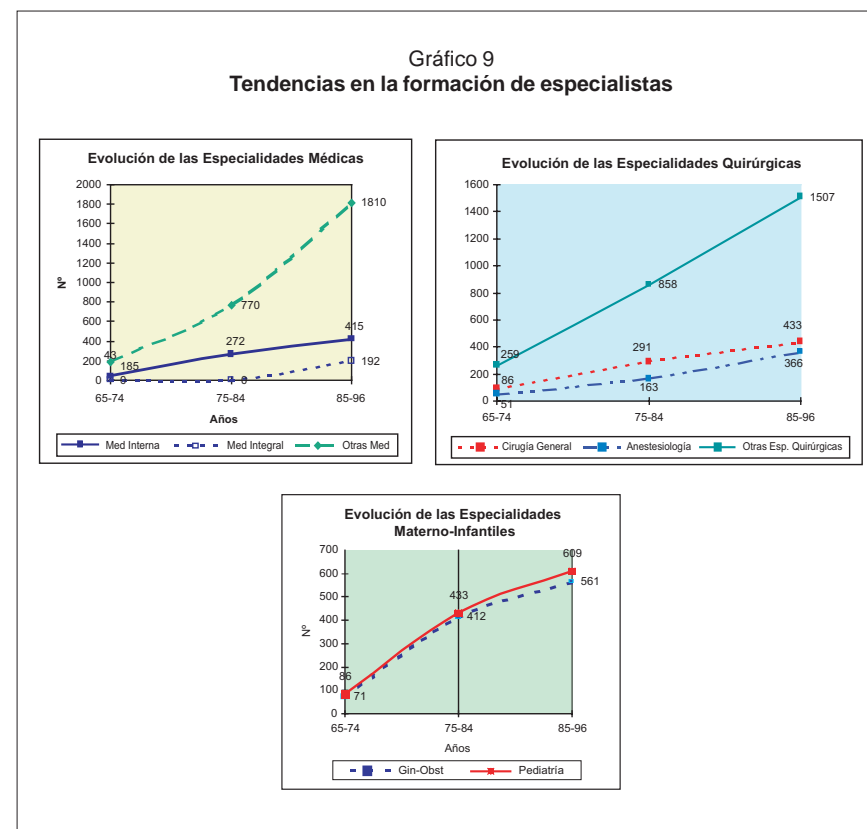


Este último hallazgo fue confirmado por Brito en 1988, cuando hizo una referencia al crecimiento acelerado de la tecnología médica que influyó directamente en la formación de los nuevos profesionales de salud: cada vez más especializados y con un foco de atención hacia los grandes hospitales.

En 1957, 32% de médicos se declaraba especialista, este porcentaje se incrementó a 72% en 1988 y 88% en 1995 (Brito et al. 1990, Bustíos & Swayne 1998). Mientras que en 1988, 46% de los médicos manifestaba tener una de las especialidades básicas, en 1996, este porcentaje se reduce a sólo 24.5%, en tanto que 44% tenía ya una sub-especialidad. Se estaría frente a una transición profesional donde los médicos optan por sub-especialidades ante un mercado cada vez más exigente de tecnología.

Según datos de la distribución de especialistas desde 1965 hasta 1996 (Comisión Nacional del Residentado Médico y Escuela Nacional de Salud Pública) se verifica, una vez más, esta tendencia.

Esta es otra muestra de la gran necesidad de fortalecer la planificación de los recursos humanos.



Fuente: Comisión Nacional del Residentado Médico

11. Tendencia a la administración del personal más que a una gestión descentralizada

El personal de salud “nombrado” depende financiera y administrativamente de los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR) y de las 30 Direcciones de Salud (DISAs), mientras que el personal contratado por servicios no personales es administrado mediante normas del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) del Ministerio de Salud. Esta figura se complica cuando la administración central del Ministerio también se encarga de gestionar al personal nombrado de la Sede Central y de las cinco Direcciones de Salud de Lima y Callao.

En la década pasada se ha otorgado en forma progresiva mayor capacidad a las unidades operativas para determinar sus prioridades en la contratación de personal; sin embargo, las decisiones finales sobre el volumen y tipo de personal aún recaen en las Direcciones de Salud y en la Sede Central.

El MINSa cuenta con un Sistema de Evaluación de Personal expresado en la “Norma General de Evaluación del Desempeño Laboral para el Personal del Ministerio de Salud” (Directiva Administrativa N° 002-91-DGP/SA) y aprobado por R.M. N° 0386-91-SA/DM.

Utiliza como indicadores los méritos individuales y el desempeño en el cargo expresados en la capacidad del trabajador, las condiciones de trabajo y el ambiente físico-laboral. El sistema no evalúa el desempeño grupal, ni tampoco relaciona éste con el desempeño institucional. La evaluación es efectuada semestralmente existiendo poca oportunidad para la retroalimentación. Aunque improbable, este sistema siempre ha estado vinculado a posibles sanciones o despidos provocando rechazo en los trabajadores de salud.

Además, evalúa a todos los grupos ocupacionales mediante el inmediato superior con el riesgo de incurrir en sesgos. Entrevistas a trabajadores reflejaron que, muchas veces, la evaluación era considerada como un mero procedimiento administrativo y que, en repetidas ocasiones, sus resultados no eran utilizados para mejorar su trabajo.

Hacia 1992, la Dirección Técnica de Recursos Humanos del Ministerio de Salud fue desactivada, pasando sus funciones a la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) que según el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) vigente “propone, en coordinación con los órganos competentes del sector, la política nacional de desarrollo del potencial humano en salud”.

Sin embargo, la magnitud del encargo ha rebasado las propias capacidades en vista de que la ENSAP ya tiene una responsabilidad en la capacitación de los trabajadores de salud.

Adicionalmente, cada programa y proyecto en el Ministerio de Salud realizó planes y actividades de capacitación ocasionando, en algunos casos, que el personal de salud desatienda sus principales tareas para participar en dichas actividades.

La mayoría de las sub-regiones de salud aún adolecen de una Dirección de Recursos Humanos dedicada a una integral gestión y desarrollo descentralizado de los recursos humanos.

Tanto en el nivel central como en el descentralizado, aún se observa con el proceso de reforma sectorial una desarticulación de políticas, de planificación y de gestión. Se ha visto que ha existido una gran concentración de esfuerzos en la realización de acciones de capacitación que no han tenido sistemas de monitoreo y evaluación claros que permitan determinar su impacto.

12. Balance de las responsabilidades compartidas: la cuestión de la regulación

Por el lado de los colegios profesionales existen intentos para re-certificar a sus agremiados. El más avanzado es el Colegio Médico del Perú, cuya iniciativa se concentra en un proceso de educación médica continua destinado a capacitar al médico mediante cursos que lo mantengan actualizado, además de acumular créditos para poder ser “re-certificado”.

El proceso de re-certificación tiene una mayor dimensión al verificarse periódicamente si el profesional cuenta con las competencias necesarias para continuar ejerciendo la profesión, aspecto que no se podrá comprobar sólo mediante la participación en los cursos sino a través de procesos de evaluación de las competencias.

Más aún, la Ley General de Salud reiteró el papel fundamental de los colegios profesionales como instancias encargadas de la auto-regulación, estableciendo “las incompatibilidades, limitaciones y prohibiciones, así como el régimen de sanciones aplicables a los profesionales a base de sus Códigos de Ética y normas estatutarias”.

Sería más razonable que los colegios profesionales lleguen a un consenso en los procesos de certificación, re-certificación y habilitación profesional. Por ejem-

plo, la habilitación no podrá estar basada únicamente en el cumplimiento de las aportaciones económicas.

Webb (1998) advirtió que “existe consenso entre los directivos del MINSA y los profesionales médicos de que los estándares en la educación médica han ido disminuyendo”, sustentando tal afirmación en la ya señalada creación de nuevas facultades de medicina. De la misma manera señala que la profesión de enfermería se hace cada vez más “académica”, perdiendo el toque de “calidez y servicio” que poseía en el pasado.

Una labor interinstitucional concertada permitió en 1999 el nacimiento de la Ley que institucionaliza la acreditación de las facultades de medicina. Aunque, éste es sólo el principio de un mecanismo regulatorio de la formación médica, es un hito histórico digno de resaltarse. Fue la singular alianza estratégica entre los distintos actores institucionales la que permitió llegar a buen puerto, pero sería más efectiva si la medida se extendiera a todas las carreras profesionales de las ciencias de la salud. Esta última medida asegura que la formación de nuevos profesionales se base en estándares mínimos (óptimos) que constituyen las reglas de juego esenciales para garantizar la calidad.

La acreditación representa un reto para aquellas facultades cuyas estructuras, procesos y resultados apuntaban a una formación masificante y poco prolífica en el seguimiento del desempeño de sus egresados. Las facultades de medicina que inician el proceso, también deberán pasar por una auto-evaluación inicial que establezca un diagnóstico previo de las fortalezas y debilidades institucionales para luego someterse a la acreditación. La auto-evaluación requiere de instrumentos prácticos, adaptados a la realidad peruana, ya que la experiencia latinoamericana en estas cuestiones es aún limitada y está bastante inspirada en modelos norteamericanos.

Otro aspecto crítico es el florecimiento de los institutos tecnológicos superiores que ofrecen distintas carreras técnicas en obstetricia, oftalmología, odontología y formación de paramédicos. Si bien estas organizaciones dependen del Ministerio de Educación, sus egresados laborarán en las instituciones proveedoras de servicios de salud, generándose otro vacío regulatorio respecto a la certificación de la idoneidad profesional, el mismo que se está intentando cubrir a través del papel de la Escuela Nacional de Salud Pública y de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud del Ministerio.

La creación de un “Centro de Certificación Profesional en Salud” sería una medida razonable y adaptada a la situación actual. Este centro estaría conducido básicamente por representantes acreditados de universidades, institutos superiores tecnológicos, colegios profesionales e instituciones que otorgan servicios de salud.

Funcionaría a manera de un directorio que sobre la base de una normalización de las competencias sirva para certificar debidamente a los profesionales y técnicos en salud. Asimismo, estaría respaldado por un equipo técnico experto en la materia.

Centros de esta naturaleza permiten unificar esfuerzos y criterios destinados a garantizar la buena práctica profesional. Existen ya experiencias exitosas en Inglaterra, Estados Unidos, Canadá y Costa Rica.

Se entiende por competencias a la combinación compleja de conocimientos, habilidades-destrezas, actitudes y valores aplicados en función al contexto y a situaciones particulares que los profesionales y técnicos enfrentan en su desempeño cotidiano (Tejada Fernández 1997).

Por ejemplo, un médico recién egresado y titulado se somete a la evaluación de sus competencias en el Centro. Lo que hace el Centro es desarrollar instrumentos de evaluación que verifican las capacidades de este profesional ante casos reales o simulados. Es decir, no se trata únicamente de volver a determinar sus conocimientos. La ventaja de este enfoque integrado es que los servicios de salud suministran los casos de situaciones que los profesionales y técnicos deben enfrentar; los colegios profesionales otorgan los criterios para el ejercicio ético de la profesión, y las instituciones proveedoras de servicios hacen llegar los requerimientos y normas de atención individual y colectiva que los profesionales y técnicos deben tomar en cuenta. Basados en estos elementos, el profesional o técnico recibirá un documento que certifica sus competencias y que le servirá para poder insertarse en el mercado laboral.

El Centro de Certificación de Competencias no sólo serviría para evaluar a los recién egresados, sino también a los que han efectuado programas de especialización, capacitación o post-grado.

Esta última medida hará posible que la formación de médicos especialistas y otros profesionales a través de cursos de post-grado (especialización, maestrías, diplomados y doctorados) desarrollados en universidades de Lima y otros departamentos se efectúe con la necesaria y cuidadosa coordinación entre las instituciones formadoras y aquellas proveedoras de los servicios.

Un reciente estudio verificó 29 maestrías en salud pública y otras relacionadas a las ciencias de la salud, con ofertas de “tiempo parcial”, “flexibles” y “descentralizadas”, todas ellas de gran variabilidad en cuanto a su nivel académico (Murillo et al. 2000).

En el caso de la formación de médicos especialistas existe un interesante mecanismo regulatorio actualizado a través del D.S. N° 008-88-SA (Normas

Básicas del Sistema Nacional de Residencia Médico-SINAREME) que incluye las “recomendaciones del Residencia Médico y principalmente de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina (ASPEFAM).

Su artículo 4° establece que los residentes pueden efectuar actividades de docencia-servicio e investigación en los servicios de salud de áreas geográficas de menor desarrollo, previamente calificadas por el Comité Nacional del Residencia Médico; aunque este último aspecto no ha sido aún desarrollado efectivamente.

Lo destacable es que cuenta con dos organismos. La Comisión Nacional del Residencia Médico (CONAREME) –integrada por representantes de las universidades, el Ministerio de Salud, la Asociación de Facultades de Medicina y la Escuela Nacional de Salud Pública– y los Comités Hospitalarios o de Servicios de Salud.

El CONAREME determina el número de vacantes de las especialidades, y en teoría, prioriza los campos de especialización de acuerdo a las necesidades del país, realizando la distribución correspondiente entre las facultades de medicina que cuentan con Programas de Residencia Médico. Además la gestión de plazas queda a cargo del CONAREME.

Sin embargo, este organismo debe aún resolver las urgentes cuestiones pendientes antes descritas, como la sobre-especialización y su concentración en Lima y la variabilidad en los estándares y criterios para el ingreso, formación y evaluación de los especialistas.

Por todo lo expresado, puede concluirse que el sector salud peruano requiere con urgencia de políticas explícitas para el desarrollo y la gestión de los recursos humanos. Las políticas y los planes no deben ser sólo implícitos a cada institución integrante del sector en respuesta a sus necesidades organizacionales. Por ejemplo, EsSalud ha iniciado un proceso de contratación de especialistas en vista de la expansión de su red hospitalaria que atrae a los jóvenes especialistas del Ministerio de Salud, haciendo que éstos migren y dejen sus puestos laborales por las mejores condiciones ofrecidas. De otro lado, el subsector público no ha podido adaptar y aplicar las valiosas experiencias (en errores y aciertos) que EsSalud tiene respecto a sus reformas laborales.

Salvo excepciones, las políticas y los planes se formulan y desarrollan en función a cada mercado: el de la formación, el laboral y el de los servicios. Por lo tanto, las bases y los pasos utilizados para su formulación intentan resolver un segmento, mas no la integridad. Por ello, se requiere construir puentes que logren que estos “mercados” rompan sus compartimentos y se establezcan mecanismos conjuntos para decidir, desarrollar estrategias, prever posibles obstáculos, negociar y establecer las consultas del caso.

13. Construyendo la agenda pendiente: los lineamientos de política para el desarrollo de los recursos humanos en salud

En el sector salud peruano, existe consenso en que debe mejorarse el acceso a la atención integral de salud a través de una más efectiva utilización de los recursos humanos, físicos y financieros.

En principio debe quedar claro que no puede separarse la gestión de los servicios y las personas que los realizan. Los servicios no se gestionan por sí solos, son conducidos, gestionados y operados por personas de carne y hueso.

Es incuestionable también la necesidad de aplicar políticas de personal que acompañen los necesarios cambios organizacionales en el sector salud, como señala Klisberg (1997), lo cual no significa volver a un Estado omnipotente o en su defecto intentar desmantelarlo, sino más bien conciliar la necesaria presencia del Estado para regular un mercado de salud que actualmente es imperfecto.

Es imprescindible conciliar las tres dimensiones fundamentales: la población, los servicios y las personas que los integran. Necesitamos comprender el modelo sanitario existente, basado en el análisis de los servicios de salud que considera no sólo lo cuantitativo (duro), sino también lo cualitativo (blando) del contexto socio-sanitario.

El proceso de planificación estratégica (y operativa) deberá basarse en este nuevo abordaje sanitario. Allí naturalmente estarán los hitos, las prioridades y los retos a enfrentar. Una gestión de los servicios más orientada y enraizada en lo concreto será el mejor referente inmediato para la gestión de los recursos humanos.

Conectado a esta lógica, es altamente imprescindible planificar los futuros requerimientos de personal no sólo en número, sino en competencias, combinaciones, equipos y voluntades.

Deberá ser un propósito sectorial el *lograr una adecuada y equitativa distribución del personal de salud capacitado y competente en función de las prioridades sanitarias nacionales, regionales y locales*²⁰.

Entonces ya será más natural abordar conjuntamente los siguientes procesos: de formación, de ingreso al mercado laboral, de certificación y control del ejercicio profesional; además de las modalidades de empleo y diferenciales de la oferta y la demanda, la evaluación del desempeño y otros elementos cruciales de la gestión.

²⁰ En concordancia con los Lineamientos de Política Sectorial del Ministerio de Salud y los respectivos Planes de Salud Regionales y Locales.

14. Una instancia institucional dedicada a construir políticas de recursos humanos

Ya no es posible continuar sin un organismo estatal encargado de la formulación y diseminación de políticas efectivas para el desarrollo de los recursos humanos en función a los lineamientos de política sanitaria y a las evidencias de la realidad sanitaria nacional. Una Dirección para el Desarrollo de los Recursos Humanos en el sector salud es la mejor opción. Ésta deberá ubicarse lo más cerca posible al lugar donde se toman las decisiones más importantes.

La Oficina de Planificación del MINSA podría ser una buena alternativa, en vista de que esta instancia es la que “norma el proceso de planificación del Sistema Nacional de Salud, en forma concertada con los gobiernos regionales y otros componentes del sistema. Asesora además en la formulación de la política sectorial y conduce, coordina y evalúa los procesos de planificación, racionalización, programación y presupuestación. Finalmente propone criterios para la asignación de recursos”²¹.

Este organismo tiene una relación estrecha con el Ministerio de Economía y Finanzas, con los otros subsectores y cuenta con una posición estratégica suficiente como para poder asumir esa función que a todas luces es natural.

Esto no quiere decir que la Oficina de Planificación será la que distribuya al personal de salud. Sería volver al pasado sin haber aprendido de los errores. Lo que se busca es que este organismo establezca políticas de asignación de personal en función a prioridades. En síntesis, establecerá las reglas del juego básicas para que las Direcciones de Salud autónomas ajusten las prioridades nacionales al contexto regional y local.

Un sistema integrado de información de recursos humanos debería desarrollarse para determinar las características del personal de salud existente. A su vez, constituirá un insumo para efectuar adecuados balances entre la oferta y la demanda de recursos humanos.

El sistema de información planteado hace que la generación de datos se sintetice alrededor del paciente o del grupo de población objeto de intervención. En otras palabras, los servicios de salud deberán saber: cuántas personas atendieron, de dónde provienen, cuál es su situación socio-económica, qué servicios fueron otorgados, por quiénes, en cuánto tiempo, con qué calidad y cuál fue el costo. Parece reiterativo, pero en la actualidad no es posible responder a

²¹ Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. D. L. N° 584.

estas preguntas. Los sistemas de información se agrupan por programas de salud y por subsidios, no por individuos o grupos de población.

Por lo tanto, lo que se propone es la generación de “cuadros de mando” que identifiquen, desde los niveles operativos, los insumos-procesos-resultados por unidades de servicios diferenciados en individuales y colectivos, en función a las prioridades locales establecidas. Posteriormente, esta información se va sumando hasta llegar al nivel central.

Este elemental enfoque sistémico permitirá saber a ciencia cierta, el volumen de los recursos necesarios (incluido el personal de salud) en función a hechos y resultados concretos.

Reiteramos que este sistema integrado estaría articulado a la información sanitaria generada desde las unidades operativas hasta las Direcciones de Salud. Para el caso de los recursos humanos, los grandes rubros serían: la disponibilidad de personal, la situación laboral, su calidad y productividad (desempeño).

Como complemento indispensable, la Escuela Nacional de Salud Pública deberá jugar un papel preponderante desarrollando políticas y normas para la formación y capacitación del personal de salud evitando duplicidad de esfuerzos. Es decir, esta instancia establece las reglas de juego en materia de capacitación y las competencias de los trabajadores de salud.

Ambas instancias deberán promover la integración funcional de las Oficinas de Personal de la Sede Central y las Direcciones de Salud asistiendo técnicamente en la adecuada conducción de los procesos de gestión descentralizada de recursos humanos.

Existen buenas experiencias que pueden ser extraídas de las otras instituciones sanitarias (EsSalud y entidades privadas) para unificar la planificación y la gestión del personal.

Esto no significa que el Ministerio de Salud concentre todas las funciones, sino que debe saber cuántas personas se requieren, qué capacidades son las necesarias, dónde deben ser ubicadas y en qué tiempo. Es decir, será capaz de precisar claramente el volumen, las competencias, los perfiles y las combinaciones de personal en función de cada subsector y prioridad sanitaria.

Deberá mandar señales claras a las entidades formadoras para acelerar o desacelerar la formación de nuevos profesionales y técnicos. Indicará además a los colegios profesionales y a otros organismos regulatorios aquellos aspectos

que deberían ser resueltos, producto de la evaluación del desempeño de los trabajadores de salud.

De ninguna manera significa que el Ministerio de Salud (Sede Central) tenga que hacerse cargo directamente de la gestión del personal, sino que complementariamente se debe otorgar autonomía a las Direcciones de Salud para que ellas puedan descentralizar la gestión de los recursos humanos en los tiempos y en las modalidades más efectivas.

Este punto es crucial, puesto que el modelo centralizado de concentración de recursos y decisiones está agotado a la par que el enfoque bio-médico. Por lo tanto, las instituciones del sector salud deben propiciar un proceso de descentralización indispensable e impostergable.

Planteamos que las Direcciones de Salud deben promover la expansión de un modelo mejorado de gestión compartida en todas las redes de salud, permitiendo una gestión autónoma y estableciendo convenios de contra-prestaciones entre las redes públicas y las privadas. Las positivas experiencias en esta materia (CLAS) sugieren que este modelo es viable y adecuado al contexto peruano. La vinculación y eventual incorporación de las redes de gestión compartida a los gobiernos municipales será un proceso progresivo en función a la mejora de las capacidades institucionales de los municipios.

Las redes de gestión compartida de primer nivel de atención recibirían sus presupuestos en partidas genéricas en calidad de subvención contra un plan local de salud que incorpora un programa-presupuesto y está debidamente formalizado en un contrato de gestión. Todos los aspectos de personal son de competencia de cada red de gestión compartida y están basados en las orientaciones y regulaciones establecidas tanto por las Oficinas de Planificación (criterios de distribución y asignación de recursos), los Centros de Certificación de Competencias (idoneidad y calidad profesional), la Escuela Nacional de Salud Pública (capacitación) y las oficinas de recursos humanos (gestión-contratación de personal).

Estas redes podrán ser complementadas por los hospitales públicos en una primera fase y otros de naturaleza privada en una última fase. Para el caso de los hospitales públicos, la mejor alternativa es incorporar en los mismos el modelo de gestión compartida para hospitales conducida mediante patronatos.

Bajo este marco, el sector salud tendrá que privilegiar todo lo relativo a la modulación de los mercados de formación, mercados laborales, procesos de acreditación de instituciones formadoras, certificación, re-certificación y licenciamiento de los profesionales y técnicos. Dada la naturaleza interinstitucional de estas acciones es crítico el aporte y la coordinación respectiva con las instituciones

formadoras de recursos humanos, colegios profesionales, EsSalud, sanidad de las FFAA y FFPP, Ministerio de Educación y otras entidades privadas, entre otros.

Otro ejemplo que deberíamos seguir son los “consorcios de formación” que han sido desarrollados en Inglaterra mediante los cuales se llegan a acuerdos entre las universidades y las autoridades sanitarias regionales acerca de los requerimientos de volumen o tipo de personal y tiempo en el cual deben estar disponibles. En otras palabras, no se formará ni un profesional o técnico adicional a no ser que sean realmente necesarios.

En el mismo sentido, España ha impulsado los *Numerus Clausus* que son topes máximos para la formación de nuevos profesionales médicos (MINSA-DFID 1997).

15. Mecanismos efectivos para la gestión descentralizada de los recursos humanos

Al respecto, señalaremos dos aspectos: en primer lugar, reiteramos que el sistema de salud peruano requiere desarrollar la red prestacional. Ello no implica que ésta deba estar integrada monolíticamente en una sola institución. La integración tiene que estar en función de las necesidades y demandas del usuario, pues ya no es permisible que el poblador que “no es asegurado en EsSalud” no pueda utilizar los servicios de esta institución o un “asegurado por EsSalud” deba pagar tarifas adicionales si quiere utilizar los servicios “públicos”.

Por ejemplo, la red pública del primer nivel de atención evoluciona hacia un modelo optimizado de gestión compartida entre la población y los servicios. Nótese que en la década pasada los CLAS han mostrado que se encuentran en el camino correcto de la modernización sectorial.

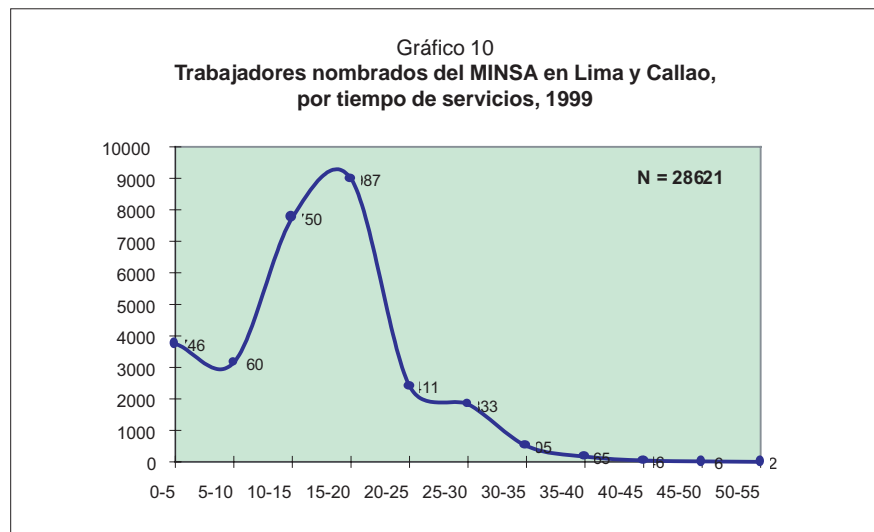
Los modelos de administración compartida de los CLAS han combinado la rica experiencia de participación comunitaria que tiene el país con los esfuerzos de modernización sectorial, esta vez desde un enfoque empresarial, habiéndose incrementado el número de establecimientos de 648 en enero de 1999 a 1,244 en lo que va del año 2000 (Díaz 2000). En esta ocasión no se trataba de una “isla de modernidad y excelencia”, sino más bien de un conglomerado de establecimientos vinculados para mejorar la atención del poblador de una circunscripción geográfica.

Es importante destacar que esta medida permitiría resolver definitivamente la cuestión de la fragmentación de los regímenes contractuales y la precariedad en la contratación del personal (servicios no personales). Al ser asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica de derecho privado, están plenamente

facultadas para contratar al personal mediante el D.L. N° 728 (régimen privado). Este régimen cuenta con protección social y permite al personal de salud una mayor flexibilidad y otras alternativas de pago, como los necesarios incentivos por mejor desempeño.

Obviamente, existen personas que dudan de las bondades de este régimen, pero estos cuestionamientos pueden ser debidamente absueltos al someterse a consultas técnicas con organismos competentes como la Organización Internacional del Trabajo. No parece viable en el subsector público en salud “nombrar” a todo el personal contratado por servicios no personales. Ello garantizaría una estabilidad laboral absoluta, pero con bajos salarios como ya lo explicamos anteriormente.

Esta medida respetaría al personal que estando “nombrado” desea continuar en el régimen público, ya que existiendo una restricción en las Leyes Anuales de Presupuesto es de suponer que por el tiempo de servicios el personal bajo este régimen iría disminuyendo progresivamente.



Fuente: Comisión Nacional del Residentado Médico

Para aquellos que consideran que el “Régimen Público” es aún ventajoso y útil para ser aplicado en el sector salud, deberán pensar en cómo flexibilizarlo para adaptarlo a los cambios necesarios del sector. Tal vez podría formularse una nueva Ley del Personal de Salud, que permita establecer relaciones de trabajo “que armonicen el desempeño de una función pública basada en criterios de responsabilidad funcional y servicio a la nación con un régimen contractual de

carácter público o privado” (Patrón y Romero 1996). Lo que se pide es que el personal de salud no sea “asalariado”, sino más bien que sea retribuido en función a su desempeño. A mejor desempeño, mejor pago y más incentivos, sin olvidar en ningún momento la protección social y la estabilidad laboral.

En la legislación laboral en el sector salud, las dificultades para la renovación serían el prolongado tiempo para su aprobación y aplicación, y responder a la interrogante de cómo equilibrar la estructura presupuestal de las instituciones públicas (recordemos que el 60-70% está dedicado al rubro “personal”).

En la primera opción planteada desaparece este último problema, pues el MINSA cede en uso los establecimientos a los Comités de Gestión Compartida y transfiere en calidad de “subvención social” los fondos en partidas genéricas a estas asociaciones, que constituyen la base de la descentralización y democratización de los servicios de salud.

De la misma manera, se puede expandir las positivas experiencias hacia una suerte de gestión compartida de hospitales (consorcios de hospitales o patronatos) con los tangibles beneficios inherentes en materia laboral y de prestación de servicios.

En segundo lugar, consideramos que las Direcciones de Salud deben contar con Direcciones de Recursos Humanos que conduzcan de manera efectiva la gestión del personal de salud, coordinando con las Oficinas de Personal, de Planificación y de Servicios (llamadas Direcciones de Salud de las Personas) todos los aspectos del desarrollo y gestión de los recursos humanos dentro de sus ámbitos de acción. Ello no implica necesariamente una Dirección con mayor número de directivos y personal, sino que ésta sea tecnificada y especializada en gestión moderna de las personas. Deberá prestarse también particular atención a la renovación de los sistemas de evaluación del desempeño laboral y a la elaboración de perfiles ocupacionales por competencias. Dichos aspectos orientarán de mejor manera los criterios de selección, contratación, retención, incentivos y capacitación de personal.

Por ello deberá contemplarse la existencia de criterios estandarizados para la mejora en la equidad y calidad de la distribución y competencias del personal de salud, orientando las políticas para el desarrollo y gestión de la fuerza laboral.

Esta Dirección sería la interlocutora con las instituciones formadoras, asociaciones profesionales y otros gremios a fin de establecer una adecuada correlación entre la formación de nuevos profesionales y técnicos, los mecanismos de certificación, re-certificación y licenciamiento, los sistemas de evaluación y los incentivos. Cada Dirección de Salud puede promover “mesas o consejos regionales para

el desarrollo de los recursos humanos en salud” que complementen los Centros Regionales de Certificación de Competencias. Estas instancias estarían integradas por distintas instituciones que, en función a sus atribuciones y responsabilidades, pueden tomar decisiones adecuadas a la situación sanitaria de la zona. Estas experiencias ya fueron desarrolladas en Colombia y Costa Rica, por ejemplo.

Estableciendo reglas claras de juego puede estimularse aún más una efectiva descentralización de la gestión del personal de salud hacia los ámbitos operativos. Éstos, al contar con criterios más objetivos, podrían hacer que la identificación de nuevos trabajadores, la selección, inducción, capacitación, motivación y evaluación sean de su plena responsabilidad y vayan de la mano con la gestión de los servicios de salud.

Como ejemplo, deberá equilibrarse la distribución de las responsabilidades en los niveles operativos puesto que ya no será sostenible ocupar al personal asistencial en el llenado de complejos y fragmentados formatos para recojo de información estadística y epidemiológica confeccionados por cada uno de los programas y proyectos del Ministerio de Salud. Tampoco podrá permitirse que se desplacen por varios días para asistir a “interminables cursos de capacitación” organizados y dirigidos desde instancias superiores. La pauta maestra será el desarrollo de planes locales de salud para orientar las necesidades de capacitación del personal.

Asimismo, será necesario analizar y sistematizar las experiencias en desarrollo y gestión de recursos humanos de las Direcciones de Salud (La Libertad, San Martín, Cajamarca, Tacna y Callao, entre otras), el Ministerio de Salud, EsSalud, Escuela Nacional de Salud Pública y otros organismos vinculados (universidades, colegios profesionales, Ministerio de Educación, entre otros).

Bajo estos planteamientos, se deberá reorientar también el Servicio Rural Urbano Marginal en función a los nuevos contextos, descentralizándolo y desarrollando criterios objetivos para la selección de los aspirantes a las plazas, además de ampliar las vacantes financiadas por municipalidades, agencias de cooperación, asociaciones religiosas y otros organismos no-gubernamentales que trabajan en salud.

Ya no resulta viable que la selección de los profesionales SERUMS esté basada en un sorteo, pues no siempre garantizará la idoneidad y competencias necesarias de los profesionales seleccionados mediante el azar.

El SERUMS es obligatorio para once profesiones de la salud, pero muchas de ellas no necesariamente trabajarán para el subsector público. Será necesario flexibilizar su obligatoriedad para algunas de ellas, mediante la reducción del tiempo, cambio en la modalidad de prestación de servicios o la no-obligación de efectuarlo.

Al ser el SERUMS un primer y obligatorio mecanismo de ingreso al subsector público, deberá estimularse la generación de oportunidades para una carrera profesional, tal y como se desarrolla exitosamente en Chile, por ejemplo. El “ciclo de destinación” de los médicos y dentistas chilenos permite dotar y atraer a zonas prioritarias a los médicos generales, dentistas y especialistas, además de ser un instrumento de interlocución con los centros formadores.

La experiencia chilena establece incentivos para que los jóvenes profesionales inicien su trabajo en los lugares más alejados del país, asegurando que ellos puedan aspirar a una especialización pagada por el Estado si permanecen un tiempo prudencial en esas zonas. Se cuenta con un sistema de puntos en función al grado de lejanía y pobreza del lugar (Contardo 1999).

De la misma manera, las especialidades médicas deberán ser priorizadas en función a cada realidad regional y deberán desarrollarse mecanismos para orientar la formación de nuevos especialistas en función a las necesidades regionales. Con tal propósito, la CONAREME, en los ámbitos descentralizados, deberá efectuar análisis periódicos de las demandas por especialistas que identifiquen con claridad tipos de especialistas y volúmenes por instituciones prestadoras y regiones. Deberán establecerse cuotas anuales máximas puesto que ya no es posible formar especialistas para exportación o sub-empleo.

A manera de ejemplo, si en la Dirección de Salud de San Martín se requieren más anestesiólogos, esta demanda será incluida en un listado global de todas las Direcciones. El segundo aspecto es determinar en qué institución trabajará (que también deberá ser claramente identificada). En función a ello, se establecerá un listado de especialidades a financiar anualmente, identificando también las respectivas fuentes de financiamiento.

Por lo tanto, los aspirantes a una especialidad médica sabrán que una vez seleccionados y terminada su formación irán al ámbito de esa Dirección de Salud y no se quedarán en Lima u en otra gran ciudad. Obviamente, si no desea hacerlo deberá retornar el subsidio que el Estado ha efectuado para financiar su formación.

Es natural que las Direcciones de Salud deban crear incentivos para que los especialistas permanezcan en las zonas de trabajo prioritarias. Por ello, deberán otorgar todas las facilidades del caso.

Esta medida va a disminuir la formación de aquellas sub-especialidades que aún son innecesarias en los contextos regionales, y que resultan más aplicables a las presiones de los hospitales de las grandes ciudades que van paulatinamente complejizándose. Sin embargo, subsistirán las presiones. Por lo tanto, se podría establecer una línea de financiamiento de las especialidades o sub-especialidades

no prioritarias a través de clínicas y seguros privados o el aporte directo del médico aspirante a esta especialidad o sub-especialidad²².

Adicionalmente, la CONAREME deberá establecer un examen único de admisión con un sistema de evaluación general de postulantes. De esta forma, el que haya obtenido mayor puntaje escogerá la sede hospitalaria y la universidad en la cual desea estudiar y capacitarse.

Paralelamente, la CONAREME continuará con la acreditación de sedes hospitalarias y programas de especialización, proceso que ya se ha iniciado y que está en buen camino (CONAREME 2000).

A pesar de todas estas recomendaciones no podrá contarse con especialistas médicos en zonas muy alejadas del país por las dificultades geográficas, de accesibilidad y de condiciones de vida, debiendo incluirse nuevos mecanismos creativos. Por ejemplo, el desarrollo de programas no-escolarizados de capacitación en servicio en especialidades básicas para médicos generales ubicados en zonas alejadas del país. Gracias al desarrollo tecnológico del Internet y a otros medios de comunicación, ellos pueden estar conectados con los centros de formación y hospitales de referencia para las consultas del caso. La telemedicina ya no es una ciencia-ficción y puede ser aplicada en estas zonas, tal y como ya lo sugería Webb en 1998.

Esta medida puede estar asociada a la reactivación de hospitales itinerantes con equipos de especialistas que visitan zonas alejadas poniendo al alcance la tecnología médico-recuperativa, tanto para los pacientes de estas zonas como para facilitar la capacitación de los médicos allí ubicados.

Existirán, no obstante, zonas desprovistas de médicos pero que cuenten con otros profesionales de la salud como enfermeras y obstetras, por ejemplo. Nuevamente, podrían utilizarse exitosas experiencias de otros países como las de Inglaterra, permitiendo que puedan atender pacientes y prescribir resolviendo patologías de baja complejidad. Obviamente requerirán de una capacitación adicional, así como de una continua asistencia y asesoría médica.

En tal sentido, deberá reactivarse la red existente de telecomunicaciones mediante la radio de onda corta, los equipos de televisión y el transporte sanitario. Una propuesta sería maximizar las potencialidades de las radios creando una red "por la salud" donde especialistas de alto nivel se hallen disponibles para consultas de parte de médicos ubicados en distritos alejados del país. De la misma

²² Esta medida es natural y razonable teniendo en cuenta que las instituciones privadas darán acogida a estos profesionales especialistas.

forma, puede organizarse una red de distribución de material educativo a través de videos y generación de espacios televisivos para programas de educación a distancia y cursos vía Internet para la constante actualización de los profesionales y técnicos de la salud.

Adicionalmente, las exitosas experiencias del desarrollo de las brigadas itinerantes en salud en distritos poco accesibles de los departamentos de San Martín, Pasco, Junín, Cusco, Apurímac, Ayacucho y Ucayali, entre otros, ratifica la necesidad de seguir impulsándolos esta vez estableciendo convenios con las FFAA y FFPP, iglesias y organismos no gubernamentales para la utilización de su logística (vehículos aéreos y pluviales, insumos, infraestructura y tecnología conexas).

Merecen mención especial los aspectos relacionados a la gestión de la capacitación. Las experiencias de los proyectos e instancias del MINSA (central y descentralizada) muestran que las acciones de capacitación deberían estar estrechamente vinculadas a las prioridades sanitarias. Por ello, es natural un diagnóstico de necesidades de capacitación que se nutre de los sistemas de evaluación del desempeño.

Además, el diseño de los planes de capacitación requerirá prestar atención a los nuevos enfoques metodológicos, como la formación flexible y la educación permanente que eviten el innecesario desplazamiento del personal y que se concentren en la mejora continua de la calidad por parte de los trabajadores en el marco de la re-certificación periódica. Dicha tarea debe estar a cargo de la Escuela Nacional de Salud Pública. Un loable ejemplo de estos nuevos enfoques es el PREC (Programa de Residencia en Epidemiología de Campo), que se encuentra en su tercera versión y que ha permitido la capacitación de personal de salud en servicios vinculados a aspectos claves de epidemiología. Lo interesante de este esquema es el enfoque secuencial y progresivo, que capacita en un inicio a un número considerable de profesionales, para luego terminar formando a un grupo de expertos en epidemiología y gestión de servicios basados en los criterios del mejor desempeño (en la práctica).

Finalmente, un aspecto muy importante es el desarrollo de programas de incentivos para los trabajadores de salud garantizando a la vez que su salario sea justo y digno. Existe una vasta experiencia internacional en ese campo de tal forma que no será necesario idear nuevas opciones, sino adaptar y aplicar las ya existentes.

La manera de garantizar este aspecto es restaurando el llamado pacto o contrato social. Los trabajadores de salud están para otorgar servicios de salud a los ciudadanos, sin embargo, para mantenerlos motivados se les deberá asegurar también la satisfacción plena de sus necesidades.

Por ello, resultará útil renovar los llamados acuerdos de gestión que no son más que formas de expresar los compromisos que las autoridades sanitarias, la población y el trabajador deben efectuar. Estos compromisos serán detallados mediante un programa de salud, que tiene su origen en verdaderos planes locales de salud. Estas medidas se han ido desarrollando en forma incipiente en nuestro país y vale la pena asumirlas con mayor profundidad.

Ello implica la reforma del sistema de evaluación del desempeño (MINSA\PFSS 1999, Brito 1996, MINSA\Programa de Desarrollo Gerencial 1993, Cummings y Schwab 1985). Las instituciones públicas modernas utilizan mecanismos de motivación e incentivos del personal con la finalidad de alinear los objetivos y necesidades individuales con los propósitos del sector salud, haciendo que el trabajo sea una fuente de realización personal y colectiva.

Como consecuencia, los trabajadores, siendo personas y no simplemente meros recursos productivos, hacen que la nueva gestión del personal apunte al desarrollo del potencial humano, promoviendo la plena expresión de sus capacidades personales y de los equipos de trabajo en el desarrollo de los servicios.

Un nuevo sistema de evaluación del desempeño se traduce en un proceso sistemático y continuo de valoración del desenvolvimiento efectivo del personal de salud en función de sus perfiles ocupacionales, permitiendo, además, determinar el grado de aporte individual y colectivo del personal hacia el logro de los objetivos institucionales. En buena cuenta, califica el nivel de competencias que posee el trabajador de salud (conocimientos, habilidades y actitudes).

Por lo que un nuevo sistema deberá evaluar a todos los grupos ocupacionales utilizando ponderados que determinen el esfuerzo individual, grupal e institucional que permitan orientar de manera más efectiva los incentivos, la capacitación, la formación y los programas de intercambio y asistencia técnica, entre otros.

Como resultado de su aplicación, las mejores prácticas y políticas más acertadas se identificarán para su difusión a nivel nacional y regional.

Una posible estrategia secuencial para abordar integralmente estos aspectos es fomentar un proyecto institucional para el desarrollo y la gestión de los recursos humanos.

El proyecto se caracterizaría por tener un enfoque que busque racionalizar los esfuerzos, evitando la duplicidad de acciones. Se efectuaría desde y para la institución al tener como marco de referencia las políticas y planes de salud vigentes. La conducción del mismo sería concordada con las instituciones inte-

grantes del sector salud en la medida que se basa en las necesidades expresadas. Además, no tendría una única fuente de financiamiento, sino que se buscaría inscribir a las agencias de cooperación, proyectos y programas tomando en cuenta las prioridades previamente establecidas.

Sobre la base de estas consideraciones se concluye que las políticas estarían orientadas a:

- La regulación del mercado de formación y mercado laboral de acuerdo con las necesidades del sector salud.
- El establecimiento de mecanismos para el reclutamiento y selección del personal sobre la base de los perfiles ocupacionales por competencias orientados al nuevo modelo de atención de salud.
- La gestión descentralizada de los recursos humanos que garantice el desarrollo del personal de salud y una nueva cultura y clima organizacionales acordes a las necesidades de la población y la organización de los servicios.
- La selección de mejores mecanismos para una adecuada relación entre el mercado laboral y el mercado de formación a fin de reducir las brechas existentes.
- La creación de un nuevo marco regulatorio para el desarrollo de una línea de carrera donde la asignación de cargos se base en competencias.
- La promoción del marco regulatorio para el desarrollo de los recursos humanos que incluya un sistema de certificación y licenciamiento periódicos y un sistema de información para el personal del sector salud.
- El desarrollo de vínculos laborales conforme a las necesidades del sector salud que incluyan políticas remunerativas; de incentivos relacionados al desempeño (productividad, rendimiento, responsabilidad, calidad y excelencia técnico-profesional), y programas adecuados de salud ocupacional y bienestar laboral.
- El fomento de instancias para la coordinación, integración y concertación que garanticen el desarrollo del potencial humano, tanto en el nivel central como descentralizado, donde participen los colegios profesionales, las entidades formadoras de recursos humanos, los proveedores de los servicios de salud y las instituciones sociales representativas.

Balance General

Durante la década pasada el sector salud peruano ha vivido reformas parcelares concentradas en los aspectos del financiamiento, la focalización de la inversión en salud y el marco legal sanitario que define las responsabilidades del Estado, la sociedad civil y el individuo. Por otro lado, los ámbitos descentralizados y operativos han generado iniciativas locales desde la gerencia y la prestación, para mejorar la eficiencia, la auto-sostenibilidad, la protocolización de la atención de salud, entre otros. Sin embargo, aun cuando existe una amplia coincidencia respecto de que el personal de salud gestiona y sustenta el sistema de salud y sus servicios, aún no se han producido cambios sustanciales en la forma de desarrollar y gerenciar los recursos humanos en el sector.

Problemas identificados

- Inequidades en la distribución del personal de salud: el personal de salud (principalmente los médicos y otros profesionales de la salud) está concentrado en Lima, Callao y otros grandes centros urbanos del Perú.
- Ausencia de una instancia de conducción estratégica de los recursos humanos.
- Limitados mecanismos de regulación de los mercados de formación laboral y de servicios de salud.
- Existencia de una administración del personal de estilo tradicional con un régimen laboral vitalicio inadecuado a las necesidades prestacionales.
- Personal mal remunerado, aunque el pago del personal representa hasta el 70% del presupuesto asignado al sector.
- Persistencia de contratos vitalicios y rígidos en el personal de salud sectorial.

- Existencia de obligaciones previsionales (pensiones de jubilación) en el presupuesto del Ministerio de Salud.
- Creciente tendencia a la sobrespecialización de los médicos. Concentración de médicos especialistas en hospitales de las grandes ciudades cuyos servicios están complejizando su tecnología.

Recomendaciones

- *Crear una Dirección para el Desarrollo de los Recursos Humanos.* Esta se ubicaría en la Oficina de Planificación del MINSA. Las funciones de esta dirección serían: normar el proceso de planificación sectorial de los recursos humanos, en forma concertada con las instancias descentralizadas; asesorar la formulación de la política sectorial en recursos humanos; conducir, coordinar y evaluar los procesos de planificación, racionalización, programación y presupuestación del personal de salud; proponer criterios para la asignación de recursos, y establecer políticas de asignación de personal en función a prioridades regionales y locales.
- *Crear un sistema integrado de información de recursos humanos.* Dicho sistema permitirá determinar las características del personal de salud. Los datos recogidos deberán estar vinculados al resto de la información sanitaria y constituirán un insumo para efectuar adecuados balances entre la oferta y demanda de recursos humanos.
- *Extender la Ley de Acreditación de Facultades de Medicina.* Establecer una regulación integral que acredite a todas las facultades, escuelas e institutos tecnológicos vinculados a la salud. Elaborar instrumentos de autoevaluación de las instituciones mencionadas.
- *Crear un Centro de Certificación Profesional en Salud.* Esta entidad sería conducida básicamente por representantes acreditados de las universidades, institutos superiores tecnológicos, colegios profesionales y las instituciones que otorgan servicios de salud (directorio). La certificación se haría sobre la base de una normalización de las competencias para los profesionales y técnicos y estaría además respaldada por un equipo técnico experto en la materia.
- *Reformular los criterios de ingreso a las especialidades médicas.* Financiar sólo las de mayor necesidad para los ámbitos descentralizados e impulsar un examen único a escala nacional que permita que los estudiantes puedan elegir la mejor institución formadora.

- *Desarrollar políticas y normas para la formación y la capacitación del personal de salud.* La Escuela Nacional de Salud Pública deberá establecer las reglas de juego en materia de capacitación y las competencias de los trabajadores de salud.
- *Actualizar constantemente a profesionales y técnicos de la salud.* Desarrollar programas de formación y capacitación a distancia con pasantías en sedes provinciales y departamentales a ser reconocidos mediante el Centro de Certificación Profesional.
- *Promover la expansión del modelo de administración compartida a todas las redes de salud.* Las Direcciones de Salud deben permitir una gestión autónoma, estableciendo convenios de contraprestaciones entre las redes públicas y las privadas. El modelo es también aplicable a hospitales públicos.
- *Incorporar las redes CLAS a los gobiernos municipales.* Esta vinculación deberá hacerse de manera progresiva y en función a la mejora de las capacidades institucionales de los municipios. El proceso permitirá flexibilizar automáticamente el régimen laboral, manteniendo una estabilidad razonable. Asimismo, la autonomía de gestión permitirá incorporar nuevos incentivos y esquemas de pago basados en productividad y mejor desempeño.
- *Asignar partidas genéricas en calidad de subvención a las redes CLAS del primer nivel de atención y a los hospitales autonomizados.* Estas partidas se darían contra un plan local de salud que incorpore un programa-presupuesto debidamente formalizado en un contrato de gestión. Ello haría posible una total desconcentración presupuestal y la descentralización de la gestión del personal a los ámbitos operativos. El régimen pensionario pasaría en su integridad ya sea a la Oficina de Normalización Previsional o a las Administradoras de Fondos de Pensiones.
- *Reorientar el Servicio Rural Urbano Marginal.* Descentralizarlo, desarrollar criterios objetivos para la selección de los aspirantes a las plazas y ampliar las vacantes financiadas. Eliminar la asignación por sorteo y revisar qué profesiones de la salud deben estar obligadas al SERUMS, dado que —por su naturaleza— muchas de ellas no son requeridas por el sector público.
- *Fortalecer las brigadas de atención de salud a zonas de difícil acceso.* Capacitar en atención y terapéutica médica a profesionales no médicos (enfermeras, obstetras y odontólogos) que laboran en lugares distantes donde no van los médicos.

AGUINAGA, A.

1997 "Situación de la Salud en Perú y sus tendencias: la reforma sectorial". En: Ministerio de Salud. *Seminario Internacional. Reforma del Sector Salud.* Lima.

BRITO, P., F. CAMPOS y M. NOVICK Organizadores.

1996 *Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud: Cambios y Oportunidades.* Organización Panamericana de la Salud. Washington.

BRITO, P., O. LAZO y C. LIP

1990 *El Trabajo Médico en el Perú.* Organización Panamericana de la Salud /Universidad Peruana Cayetano Heredia.

BUSTÍOS, C.

1998 "La Salud Pública al Final del Siglo XX. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública". *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 59, N° 4.*

1985 *Atención Médica y su Contexto 1963-1983.* Escuela de Salud Pública. Ministerio de Salud. Lima: OPS/OMS.

BUSTÍOS, R. y J. SWAYNE

1998 *Situación de la Fuerza de Trabajo Médica en el Perú.* Lima: ENSAP.

COMISION NACIONAL DE RESIDENTADO MEDICO

2000 *Seminario Nacional de Acreditación de Hospitales y Sedes Docentes.* Lima: CONAREME, noviembre.

CONSORCIO ASOCIACIÓN PATRONAL SANITÁRIA

1995 *II Jornades de Recursos Humans.* 9 i 10 de novembre de 1995. Lloret de Mar. Catalunya. España.

CONTARDO, N.

1999 "Presentación sobre el Ciclo de Destinación de Médicos y Dentistas en Chile". *Seminario Taller sobre Desarrollo y Gestión de Recursos Humanos.* Proyecto Generación de Capacidades Lima: MINSA, noviembre.

CUMMINGS, L. y D. SCHWAB.

1973 *Recursos Humanos: desempeño y evaluación.* Trillas, México.

- DÍAZ, R.
2000 *Marco y Perspectivas del Programa de Administración Compartida año 2000*. Documento de Trabajo. Lima: MINSA.
- ESCALANTE, G.
1998 "La Formación Profesional y el Trabajo en Salud: El Verdadero Desarrollo del Potencial Humano". *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 59, N° 3*.
- FRISANCHO, A.
1993 *Salud Comunitaria en el Ande Peruano. Reflexiones sobre una experiencia de Cooperación con Médicos y Enfermeras en Servicio Rural*. Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino. Lima, agosto.
- HALL, T.
1969 *Health Manpower in Perú. A case study in planning*. Baltimore, Maryland, EE.UU.: The Johns Hopkins Press.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
1996 *Compendio de Estadísticas de Ciencia y Tecnología 1995-1996*. INEI.
- KLISBERG, B.
1997 "Repensando el Estado para el desarrollo social, más allá de convencionalismos y dogmas". *Revista Reforma y Democracia* N° 8. Caracas: CLAD.
- MARTINEAU, T. y J. MARTÍNEZ
1997 "Human Resources in the Health Sector. Guidelines for Appraisal and Strategic Development". *Health and Development Series. Working Paper N° 1*. January. European Commission. Brussels.
- MARTINEZ, J. y T. MARTINEAU, editores.
1996 *Workshop on Human Resources and Health Sector Reforms*. Research and Development Priorities in Developing Countries. Liverpool School of Tropical Medicine. Liverpool 16-18 abril.
- MINISTERIO DE SALUD
2000 *El Desafío del Cambio de Milenio. Un Sector Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995 - 2000*.
- 1997 "Compendio de Normas Legales relacionadas a la Modernización de la Seguridad Social en Salud". En: *Seminario de Modernización de la Seguridad Social en Salud*. MINSA, noviembre.
- MINISTERIO DE SALUD\Comisión Nacional de Recursos Humanos
1998a *Lineamientos de Política para el Desarrollo de los Recursos Humanos*. Documento de Trabajo. Lima: MINSA.
- 1998b *Programa de Educación a Distancia*. Documento de Trabajo. Lima: MINSA.
- MINISTERIO DE SALUD\Oficina de Estadística e Informática
1999 *Actualización del Censo de Infraestructura y Recursos Humanos*. Oficina de Estadística e Informática. Lima: MINSA.
- 1996 *Segundo Censo de Infraestructura y Recursos Humanos*. Oficina de Estadística e Informática. Lima: MINSA.
- 1993 *Mapa de Salud del Perú*. Oficina de Estadística e Informática. Lima: MINSA.
- 1992 *Primer Censo de Infraestructura y Recursos Humanos*. Oficina de Estadística e Informática. Lima: MINSA.
- MINISTERIO DE SALUD\Programa de Desarrollo Gerencial
1993 *Planificación y Evaluación de las actividades del trabajador en salud*. Fundación Aga Khan.
- MINISTERIO DE SALUD\Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud
1999 *Curso de Gestión en las Redes de Establecimientos y Servicios de Salud*. Gestión de Recursos Humanos. Perú: MINSA, enero.
- MINISTERIO DE SALUD\Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS)
1995 *Normas y Directivas del Personal del MINSA*. MINSA.
- MINISTERIO DE SALUD\Proyecto Generación de Capacidades
2000a *Lineamientos Metodológicos para la Gestión de la Capacitación*. Documento de Trabajo. Lima: MINSA.
- 2000b *Lineamientos para la Conformación de Redes en Salud*. Documento de Trabajo. Lima: MINSA.
- 1997 *Análisis Sectorial de la Situación de los Recursos Humanos en Salud. Bases para los Lineamientos de Política*. Documento de Trabajo. Lima: MINSA.
- MINISTERIO DE SALUD\Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT)
1998 *Memoria 1994-1997*. Lima: MINSA.

MINISTERIO DE SALUD\Proyecto Salud y Nutrición Básica

1997 "Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud y Nutrición Infantil". *Informes de Investigación/4*. Cusco: MINSA.

MINISTERIO DE SALUD / DEPARTMENT FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT (DFID)

1997 Proyecto Generación de Capacidades. *Reporte de la Visita de Observación a Inglaterra, el País Vasco y Cataluña*, junio.

MURILLO, J., W. MENDOZA y G. FRANCO

2000 "¿Quo Vadis Salud Pública?. Discursos y práctica de la salud pública en el Perú y su auge universitario en la década de los noventa". *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 61, N° 2*.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

1998 "Reunión Regional. Recursos Humanos: Un Factor Crítico de la Reforma Sectorial en Salud". *Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 8*. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Marzo.

1990 *Selección de Informes de los Comités Técnicos de PALTEX*. Enseñanza de las Ciencias de la Salud en América Latina.

1987 "Educación Médica y Salud". *Educación Permanente de Personal de Salud: 21(1)*.

PATRÓN, P. y I. ROMERO

1996 *Reforma del Régimen Laboral de los Trabajadores Asignados a los Servicios Asistenciales del Sub-sector Público de Salud*. Documento de Trabajo. Lima: MINSAPFSS.

PISCOYA, J.

1998 "Acreditación de Facultades de Medicina y su Impacto en la Formación de Recursos Humanos en Salud". *Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Vol. 59, N° 3*.

RICSE, C.

2000 "Análisis Sobre la Situación de los Recursos Humanos". *Documento Técnico N° 2*. OPS/MINSA, junio.

RÓVERE, M.

1993 "Planificación Estratégica de Recursos Humanos en Salud". *Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 96*. OPS.

TEJADA FERNANDEZ, J.

1997 "Acerca de las Competencias Profesionales". *Herramientas 56*.

WEBB, R.

1998 *Los Profesionales del Sector Salud: Problemas y Propuestas*. Processed. World Bank. Washington, D.C.

WORLD BANK - Perú

1999 *Improving Health Care for the Poor*. Report No. 18549-PE.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Europe

1997 "European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies". *WHO Regional Publications, European Series, N° 82*. Copenhagen.

WORLD HEALTH ORGANIZATION / COMMUNITY HEALTH SYSTEM / HEALTH AND SPECIAL SERVICES

1999 *Policy Formulation Processes and Implementation Methods with Special Focus on the Development of Human Resources for Health*. Report of an Inter-country Consultation. 28 September - 2 October 1998. Colombo, Sri Lanka.