

2001-2006  
Lima, julio 2001. Sociólogo y maestro

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

---

JUAN ARROYO LAGUNA<sup>2</sup>

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: gobernanza y gobernabilidad

La literatura contemporánea sobre el tema de gobierno ha efectuado una diferenciación entre los conceptos de "gobernanza" 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).

<sup>2</sup> 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 gobernación. 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 gobernancia y gobernabilidad en estos diez años de gobierno en salud en un régimen centralizado.

## **2. Gobernancia: 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 gobernancia 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 gobernancia de gobernabilidad, y a nuestra realidad. Las variables de gobernancia 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
Modificadorias, 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 (MINSAL\Oficina General de Planificación 1999). El estudio realizado por Macroconsult para el MINSAL en 1996 concluyó que era posible apreciar “una reducción en la importancia relativa del Tesoro Público en el financiamiento del gasto público en salud” (MINSAL/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 MINSAL 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 MINSAL (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 (MINSAL\Oficina General de Planificación 1999).

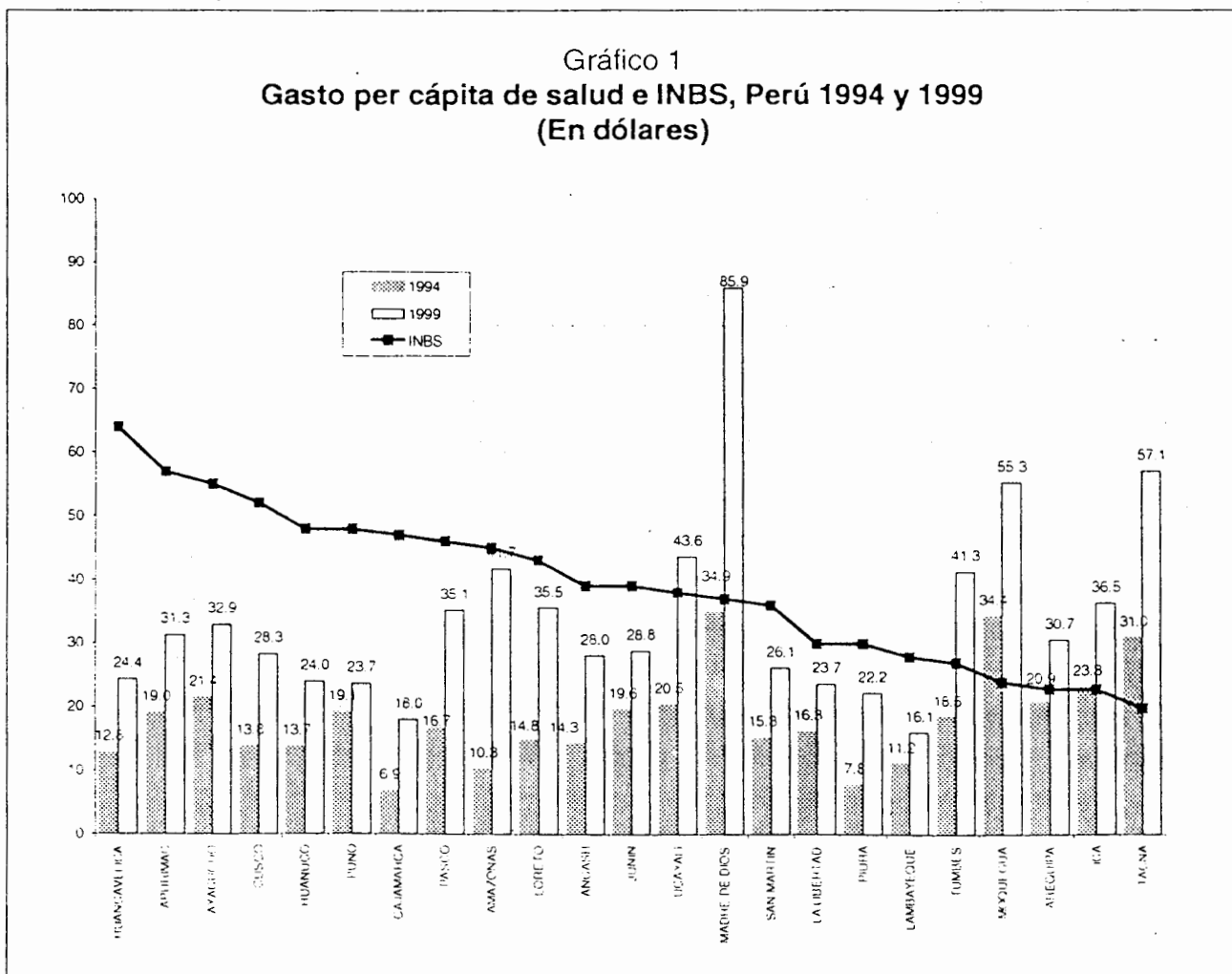
Pese a este incremento del gasto respecto a las cifras de los años 1990-92, las evidencias de una distribución regresiva del financiamiento en salud, de subcoberturas y filtraciones, son generalizadas e incuestionables. Entre 1988 y 1992 se produjo una combinación entre escasez y dispendio y de ahí en 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 MINSAL 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-

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



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 gobernancia 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.

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 gobernancia 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.12º). 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. 13º). 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 cogestionaria 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 todos 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 (MINSAL/PAAG 1999: 46-48). La conclusión central del estudio del MINSAL 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" (MINSAL/PAAG 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 MINSAL. 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 MINSA 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” (MINSA/PAAG 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)<sup>3</sup> manifiestan, sin embargo, un problema más de fondo: la ambigüedad del MINSA 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

<sup>3</sup> 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-

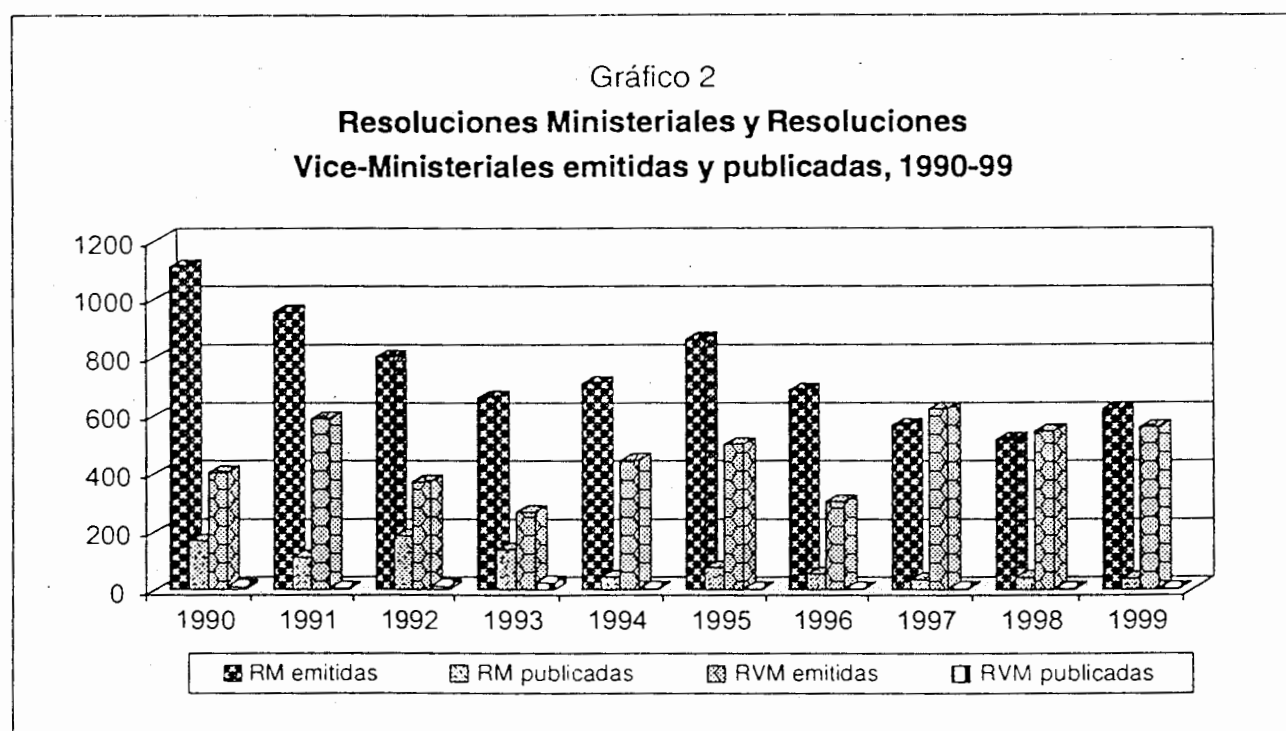


te que en la mixtura procesada ha habido pesos diferenciados. De otro lado, en los últimos años ha habido un reenfoque de la participación social, proveniente de los nuevos desarrollos sobre ciudadanía y derechos sociales que enfatizan el empoderamiento ciudadano y el control social del Estado.

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."* (Abugattás 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 neoestatismo 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 gobernancia 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 entrampamientos. 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-gradados, verdaderos talleres de gobernanza 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.

# RESUMEN: BALANCE, PROBLEMAS Y RECOMENDACIONES

## **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 hiperpolitización 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.* Reinstitutionalizar 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.

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.