

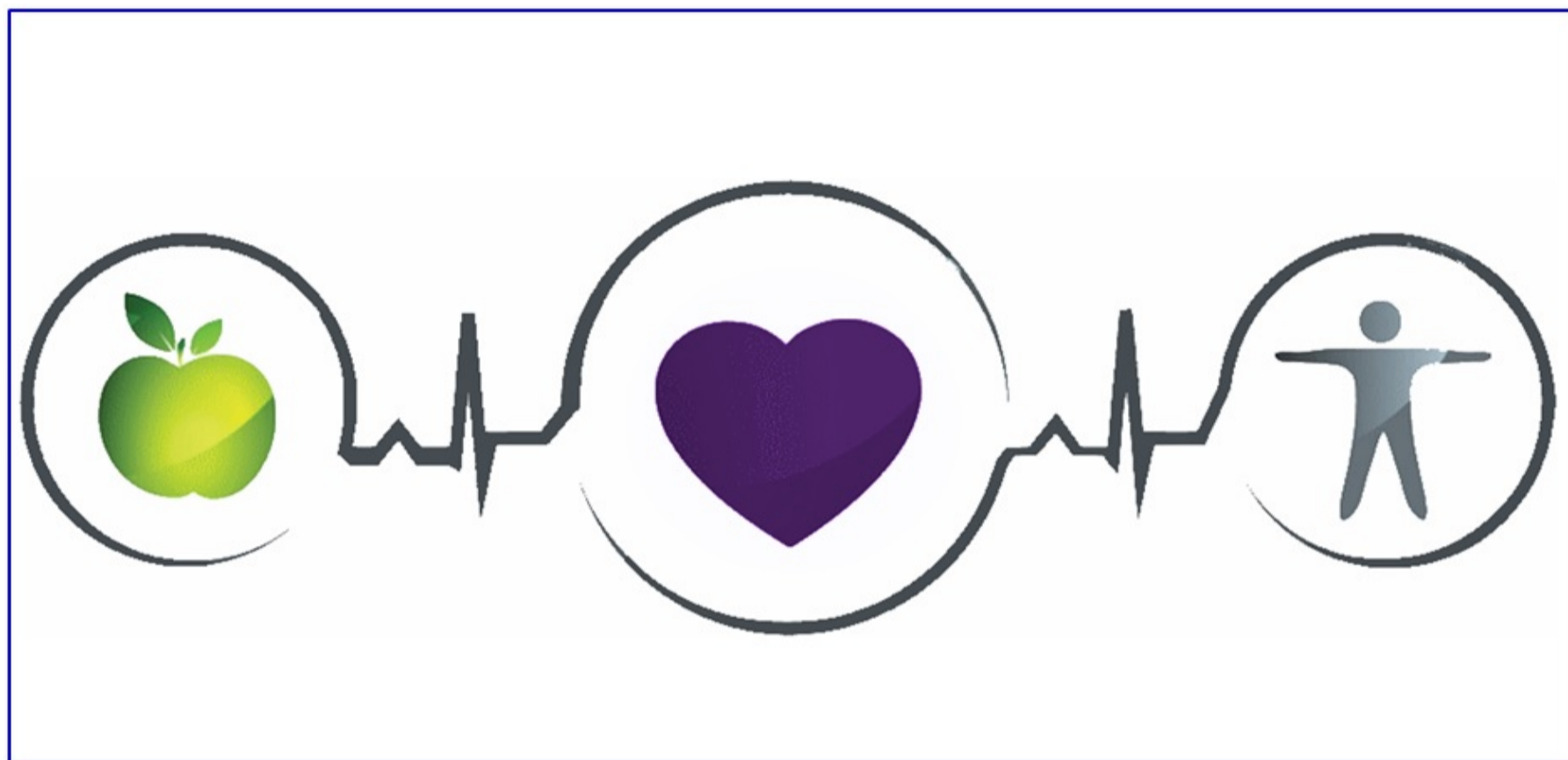
# Ministerio de Salud y gobiernos descentralizados

7 de julio de 2016

## **El ministerio de Salud recupera capacidad rectora de la política sectorial en los gobiernos descentralizados**

Con este informe iniciamos nuestro análisis del sector salud, siguiendo con el seguimiento de los Servicios del Estado, que forma parte de nuestra biblioteca virtual: [Estado del Siglo XXI](#).

Ya es un lugar común decir que la descentralización política del país, un proceso necesario, se hizo de manera precipitada y con errores de diseño. La alianza que pretende el gobierno de Pedro Pablo Kuczynski con los gobiernos sub nacionales tiene que partir de reconocer ese hecho, y llevar adelante reformas que permitan resolver los problemas generados y apuntar a gobiernos descentralizados eficientes y profesionales. No se trata de hacer populismo descentralista, sino de modernizar estructuras y modelos de gestión que suelen ser patrimonialistas y corruptos y fortalecer la gestión local y regional.



La manera de hacer eso debería ser, a la vez, la forma de resolver una de las consecuencias más preocupantes que ha tenido el proceso descentralizador: la pérdida de capacidad de dirección, supervisión y control de las políticas sectoriales por parte del gobierno central. Como bien señala el informe "Análisis de la función rectora y sancionadora del Poder Ejecutivo" de la Contraloría General de la República, el gobierno central, salvo excepciones, por lo general ni siquiera asume las limitadas funciones rectoras y supervisoras que tiene asignadas en la ley, en parte por falta de conciencia o capacidad, en parte por carencia de data y de instrumentos de medición de brechas y resultados, y por ausencia de mecanismos de intervención y sanción cuando el gobierno subnacional no puede o no quiere ejecutar una política sectorial.

Tenemos un sector, sin embargo, en el que sí se han avanzado algunas soluciones a este problema y se ha logrado recuperar formas de dirección y monitoreo de la política sectorial e incluso capacidad de intervención ante problemas en la provisión del servicio. Se trata del sector Salud.

En efecto, el Ministerio de Salud ha logrado recuperar su capacidad rectora por cuatro vías: en primer lugar, institucionalizó un mecanismo de coordinación y planeamiento intergubernamental que funciona; en segundo lugar, existe un presupuesto por resultados que supone, en principio, un control por parte del MEF y del MINSA; en tercer lugar, el sector ha implantado un sistema de asignación de recursos a establecimientos descentralizados en función de resultados verificables, a través del Seguro Integral de Salud (SIS); y, finalmente, ha logrado que el Congreso apruebe una ley de fortalecimiento que le permite intervenir directamente cuando un gobierno descentralizado no cumple una política o es desbordado por una emergencia.

### **Comisiones intergubernamentales**

En cuanto a lo primero, existe la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), creada por una resolución de la PCM en el 2009. En ella participan el Ministro y funcionarios, los Directores Regionales de Salud y representantes de Asociación Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR) y de la Asociación de Municipalidades del Perú (AMPE). Se reúne cada tres meses para hacerle seguimiento a agenda del sector. Entre sesión y sesión se reúnen comisiones mixtas ad hoc que desarrollan los temas: a qué se compromete cada nivel de gobierno para reducir la anemia, por ejemplo.

Además de esa comisión, el Decreto Legislativo N° 1157, Ley de Modernización de la Gestión de la Inversión Pública en Salud, de diciembre 2013, crea los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud (CRIIS), adscritos a cada Gobierno Regional, a los cuales les corresponde "la priorización concertada y el seguimiento de las iniciativas de expansión y sostenimiento de la oferta pública de servicios de salud". En ese marco se discute y aprueba el Plan Regional Multianual de Inversiones en Salud de cada región. El rol del Ministerio allí es, según el artículo 7 del reglamento, "Aprobar conjuntamente con los Gobiernos Regionales sus Planes Regionales Multianuales de Inversiones en Salud, a través de los cuales se exponen las decisiones de expansión y sostenimiento de la oferta pública de servicios de salud...".

Estos Comités deciden todo lo que tiene que ver con infraestructura y equipamiento. Asiste, de parte del Ministerio, el jefe de la Dirección del Descentralización. Su funcionamiento ha permitido poner orden en la inversión en ampliación de la oferta. Antes podía ocurrir, por ejemplo, que en un mismo sitio se construyeran 3 puestos o centros de salud simultáneamente: uno por la municipalidad distrital, otro por la provincial, y uno tercero por el gobierno regional o alguna otra entidad. Por supuesto, la municipalidad levantaba el establecimiento y luego pedía personal a la Dirección Regional

de Salud, que no tenía la disponibilidad. Eso se acabó. Ahora todo está coordinado y priorizado tomando en cuenta la capacidad de atención.

Con frecuencia ocurre que la municipalidad o incluso el gobierno regional carecen de la capacidad de hacer los estudios del proyecto. En esos casos el Ministerio interviene, mediante convenio, con el Programa Nacional de Inversiones en salud (PRONIS) que realiza los estudios y eventualmente también ejecuta la obra. En estos 5 últimos años se han concluido 160 establecimientos, entre regionales y provinciales, dejando una cartera de 265 proyectos hacia adelante, consensuada con gobiernos regionales.

## Presupuesto por resultados

El ministerio cuenta, además, con un segundo instrumento para ejercer su rectoría: el presupuesto por resultados (PPR), que se ejerce a través del MEF pero donde el Ministerio de Salud define los "productos" y las metas. El presupuesto total del sector, en los tres niveles, bordea los 17,000 millones de soles, de los cuales están bajo presupuesto por resultados unos 5,500 millones. Es el caso, por ejemplo, del Programa Articulado Nutricional (PAN), que incluye el Control de Crecimiento de Desarrollo (CRED), vacunación, atención de diarreas y neumonías etc.; el programa Salud Sexual y Reproductiva; el Programa de Control de Enfermedades Metaxénicas (dengue, malaria), el Programa Control de Tuberculosis y Sida, el nuevo Programa de Salud Mental (es nuevo, tiene 2 años), el programa de Control de Enfermedades Crónicas (diabetes, hipertensión etc).

El Ministerio interviene, decíamos, definiendo los productos y las metas de estos programas para cada gobierno regional. Pero, según Edgardo Nepo, Secretario de Coordinación del Consejo Nacional de Salud, si el Gobierno Regional no alcanza la meta establecida, sea por falta de presupuesto o mala gestión, no pasa nada. No se ajustan ni el presupuesto ni la meta. Es decir, el presupuesto por resultados no tiene efectos, no está funcionando. "Suele ocurrir -explica- que el presupuesto estimado para la meta definida sobrepasa el techo presupuestal que el MEF establece para cada pliego y no hay un ajuste adecuado de la meta para este techo, lo que genera que la prestación se haga mal y no se consigan las metas. El hecho de que este defecto se repita año a año sugiere que hay un problema con el instrumento que el MEF ha elaborado para estimar el presupuesto (estructuras de costos inadecuadas, insumos mal calculados, etc). Un tema para la siguiente gestión es la revisión de las estructuras de los PPR y su articulación transparente con el financiamiento que llega vía el Seguro Integral de Salud (SIS), que tiene su propio cálculo de costos en relación a metas, y que funcionara bien".

Nepo explica que el PPR debería fondos mediante convenios y por tramos en función a resultados. "Es lo que hacemos con el SIS", afirma.

Lo que no funciona bien, además de los PPR, es la relación entre las Direcciones Regionales de Salud y las redes y establecimientos desconcentrados, situados fuera de la capital de la Región. Según Arturo Granados, Director de la Oficina de Descentralización del MINSA, la autoridad regional no gobierna nada. Solo controla a su unidad ejecutora, en la capital. Pero los establecimientos y redes del interior del departamento no rinden cuenta a nadie. Se necesita fortalecer, entonces, dicho nivel intermedio: que el Director Regional apruebe los planes y presupuestos de todas sus unidades ejecutoras. El problema es que normalmente el Gobernador Regional pone a sus allegados en los cargos subregionales, y entonces el director regional de salud carece de autoridad sobre ellos. Es un manejo patrimonialista. Lo que se requiere es que esos cargos sean nombrados por concurso, comenzando por el del propio Director Regional, y que se establezca un sistema de redes de atención sanitaria bien organizado.

## Capacidad de intervención

Vamos a dedicar un artículo especial al SIS, que es el tercer instrumento de manejo de las políticas sectoriales en los gobiernos descentralizados que posee el MINSA.

Pasemos entonces al cuarto instrumento: hace muy poco, el 19 de abril del 2016, se aprobó la ley N° 30423 de fortalecimiento de la autoridad de salud a nivel nacional. Esta ley permite al Ministerio "Emitir informes de monitoreo y supervisión conteniendo disposiciones de obligatoria implementación por parte de la autoridad sanitaria regional y/o local, ante riesgos de salud pública originados por incumplimiento de sus funciones o por factores exógenos". Y, también, "Intervenir...en todo o en parte del territorio nacional, para implementar medidas de respuesta efectivas e inmediatas de carácter temporal, con el propósito de anticipar, mitigar y dar respuesta ante situaciones que pongan en riesgo la salud de las personas, cuando exista incumplimiento de las disposiciones descritas en el precedente literal b), o por causa de un factor exógeno".

Se trata de que el ministerio pueda intervenir y suplir temporalmente a la autoridad regional o local en situaciones como la ocurrida hace unos años en Puno cuando el Presidente Regional tenía vacunas en su almacén pero no quería emprender una campaña de vacunación, o como con la epidemia de dengue en Ucayali en el 2012, que desbordó por completo al gobierno regional y sin embargo el ministerio no podía entrar a resolver el problema.

Al mismo tiempo, se fortalece el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, a fin de prevenir las epidemias, detectar tempranamente su aparición y organizar o ejecutar medidas de respuesta efectivas e inmediatas de carácter temporal. Arturo Granados explica que la idea es reconstruir la red de inteligencia sanitaria que se destruyó con la descentralización del Ministerio. Esa red es la que alerta cuando se disparan los indicadores.

Lo que no se ha legislado aun es un régimen de sanciones que tipifique y establezca penas para castigar omisiones, negligencias o descuidos cometidos por directores regionales, zonales o de red, etc.

En resumen, si bien el Ministerio de salud ha avanzado en desarrollar varios mecanismos para recuperar su autoridad rectora de las políticas sectoriales ante los gobiernos descentralizados, aun hay mucho que ajustar en los presupuestos por resultados, en el fortalecimiento de la autoridad de los niveles intermedios y en el establecimiento de un régimen de sanciones.

## Lampadia