

DESCENTRALIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD: AVANCES Y LIMITACIONES

1. Transferencia de funciones: cumplimiento formal, insuficiente financiamiento

Al igual que en otros sectores, en Salud el proceso de transferencias estuvo marcado por un afán normativo, en el que los aspectos de financiamiento, arquitectura organizacional o gestión, solo aparecieron parcialmente al final del proceso. Si bien en el período 2004-2006, el sector Salud lideró el proceso nacional de transferencias, en cuanto iniciativas, cumplimiento de plazos y concertación, dejó de lado importantes aspectos de la propia experiencia acumulada por el Ministerio de Salud (MINSA), como la desconcentración en Direcciones de Salud DISA, la organización de los servicios en redes y microrredes, los acuerdos de gestión con metas nacionales y regionales, la estrategia de municipios saludables y la gestión compartida de los servicios de salud vía los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS).

Con el cambio de gobierno en el 2006, se planteó acelerar el proceso, por lo que se modificó el Plan de Transferencias y se estableció, en el siguiente plan, la culminación de la transferencia de 185 funciones a los gobiernos regionales (GR), incluyendo lo pendiente de los años anteriores. Con una meta de 400 funciones a transferir, el 2007 culminó con 49 funciones y la acreditación de 351.

La asignación de los recursos suficientes para las transferencias efectuadas es una de las grandes limitaciones que arrastra el proceso. A inicios de 2008, los GR solicitaron 504 millones para cubrir las funciones transferidas. La contrapropuesta del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) consideró 187 millones para los GR y 2,600 millones para las transferencias de salud y educación en Lima (Región y Municipalidad metropolitana) y Callao¹.



¹ “Informe Anual sobre el proceso de descentralización”. PCM. Lima, mayo del 2008.

En Lima, la Municipalidad Metropolitana (que asume el papel de GR) ha postergado en varias ocasiones el inicio de las transferencias, presentando recién en el 2008 su Plan de Acción².

2. Consejo Nacional de Salud (CNS): concertación sin poder de decisión

El CNS se conformó el 2002 como órgano de coordinación y concertación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNDCS)³. Ha sido un importante espacio para la concertación sectorial y el desarrollo de políticas nacionales. Sin embargo, su mandato en relación a las políticas y plan nacional de salud, descentralización, aseguramiento universal, ha sido seriamente debilitado por las propias conducciones del MINSA a lo largo de distintas gestiones del periodo.

En el balance, las políticas sectoriales centrales del MINSA han sido desarrolladas por fuera del CNS, como las transferencias sectoriales (2004-2007), el Plan Nacional Concertado de Salud (2006-2007), la transferencia de la gestión de la atención primaria de salud a los gobiernos locales (2007-2009), la Comisión Multisectorial Pro SNS (2007-2009); y el Aseguramiento en Salud (2008-2009).

A la fecha, persiste la superposición de funciones y de duplicidad con los Comités Nacionales del CNS generada en julio de 2008⁴, cuando la Comisión Multisectorial (Comisión Pro-SNS) adquirió las funciones de monitoreo y fiscalización de la

articulación de las entidades prestadoras de salud.

3. Inversiones en Salud: incremento presupuestal pero baja ejecución

El presupuesto sectorial de inversiones a cargo del Gobierno Nacional (GN) ha aumentado, entre 2004 y 2009, de 129 millones de soles a 558 millones, mientras que los niveles de ejecución han pasado, de una relación entre GN y los GR de 80-20% en el 2005, a la figura inversa en el 2008. Ese mismo año, se profundiza la brecha entre la ejecución y el Presupuesto Institucional Modificado (PIM). De los 413 millones de soles destinados al sector, solo se ejecutó el 17% (71 millones). Este desempeño ubica al sector Salud en el último lugar del gasto de inversión entre los sectores nacionales del Estado.

Para el 2009 se ha programado un presupuesto de inversiones de 558 millones de soles (PIM), lo que representa un incremento de 35.2% respecto a 2008. Su ejecución por el Gobierno Nacional, al 30 de junio de este año, apenas llegó al 13%, lo que demandará un fuerte esfuerzo del MINSA, a fin de superar el desempeño de los últimos años.

4. Salud y gobiernos locales: pilotos sin rumbo

Uno de los anuncios presidenciales en julio de 2006, fue el de los proyectos piloto para la transferencia de la atención primaria de salud a los municipios, promulgándose en octubre un dispositivo que señala la puesta en marcha de planes piloto⁵ desde enero de 2007. Ese mismo año, se seleccionaron 40 Proyectos Piloto, de los cuales 30 se encuentran en ejecución. Estos están ubicados en 12 regiones, comprenden 24

² Este se incorporó posteriormente al "Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del año 2008".

³ Ley 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (12/08/2002).

⁴ DS 0162008-SA del 30 de julio del 2008 (crea la Comisión Multisectorial de Alto Nivel).

⁵ DS 077-2006-PCM, del 30 de octubre de 2006.

gobiernos locales (15 distritales y 9 provinciales) y 6 mancomunidades municipales, con influencia a nivel de servicios en 100 distritos.

Estos proyectos se encuentran prácticamente paralizados, por el escaso peso político de los municipios seleccionados, así como, por la falta de una estrategia sectorial que vaya más allá de repetir la modalidad asignativa de las transferencias regionales.

5. Presupuesto por Resultados (PPR): importante reforma, insuficiente soporte

De los 3,253 millones de soles presupuestados en el 2008 para el PPR, casi la mitad (1,622 millones en el PIM) se asignó al Programa Estratégico Articulado Nutricional (PAN), con 1,196 millones y al Programa Estratégico Salud Materno Neonatal (PSMNN), con 426 millones. Los mayores porcentajes del presupuesto se concentraron en el Gobierno Nacional, con asignaciones de 88% para el PAN y 56% para el PSMNN.

Programa Estratégico Articulado Nutricional (PAN)

Este programa es ejecutado por el MINSA, PRONAA, Instituto Nacional de Salud (INS/MINSA), Programa “Juntos” y los GR. El 2008 se presupuestó alrededor de 1,200 millones, concentrándose alrededor del 80% en los componentes “Alimentación y nutrición del menor de 36 meses” y “Mejorar la alimentación y nutrición del niño mayor de 36 meses”, estando más del 95 bajo responsabilidad de ejecución del Gobierno Nacional. La ejecución 2008 tuvo un alto desempeño, con porcentajes mayores al 80 tanto a nivel del Gobierno Nacional como de los GR.

Programa Estratégico Salud Materno-Neonatal (PSMNN)

Este Programa es ejecutado por el MINSA, Instituto Nacional Materno Perinatal, Hospitales Nacionales y de Lima y por los GR (DIRESA y Hospitales Regionales). El 2008 se le destinó 239 millones concentrándose alrededor del 81% del monto en los componentes “Reducción de la morbilidad y mortalidad materna” (61%) y “Reducción de la morbilidad y mortalidad neonatal” (20%). Del total del presupuesto asignado para estos componentes, el 60% estuvo a cargo del GN y el 40% a cargo de los GR.

Presupuesto por Resultados 2009

Frente a las deficiencias del proceso del año 2008 (limitado soporte técnico del MEF, incumplimiento de cronogramas, falta de atención a la demanda proyectada por las regiones) la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR), tomó la iniciativa de preparar directamente el PPR 2009, organizando la asistencia técnica para la estimación presupuestal de los dos programas estratégicos de salud. La propuesta del MEF para el PPR del sector salud del año 2009 sólo llega a 452 millones, presentando una brecha de 734 millones respecto al cálculo de la ANGR lo cual permitiría ejecutar sólo el 40% de las metas físicas de los dos programas estratégicos señalados.

6. Consejos y Planes Regionales de Salud: políticas regionales sin implementación

Los Consejos Regionales de Salud (CRS) son los órganos de concertación, coordinación y articulación regional del SNCDS⁶. Dentro de su mandato se contempla la

⁶ Ley 27813. “Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud” (12 de agosto del 2002); y DS 004-2003-SA “Reglamento de la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud”.

planificación estratégica, el impulso regional de las Políticas Nacionales de Salud, la priorización regional de Salud y la formación de los Consejos Provinciales de Salud (CPS). A mediados del 2005 funcionaban en todas las regiones, con la excepción de Lima⁷.

En su conformación, muchos de los CRS sólo replicaron la composición del CNS, produciendo desencuentros con la demanda de participación de organizaciones regionales. Pese a esto, el sector ha sido uno de los de mayor apertura a la participación.

Entre el 2004 y 2005 la mayoría de regiones culminaron la elaboración de planes y políticas de Salud, en las regiones restantes algunas avanzaron sólo hasta la definición de políticas y otras no culminaron el proceso. En la mayoría de regiones que formularon sus planes, éstos fueron refrendados por Resoluciones Directorales y Ordenanzas Regionales, avanzando así en su carácter vinculante.

7 SNCD/Consejo Nacional de Salud "Memoria Anual 2005". Lima, marzo del 2006.

A partir del 2007 se deterioró el funcionamiento de la mayoría de los CRS. Un factor que afecta la marcha de los CRS es la inestabilidad de los Directores Regionales de Salud⁸. Igualmente han sido afectadas por la limitada asistencia técnica y presupuestaria de la Secretaría de coordinación (SECCOR) del CNS.

En relación al ciclo de formación de políticas y planes regionales de salud una mirada global al proceso indica que se llegó apenas a la fase de formulación. A pesar de ello ha sido un proceso rico en experiencias de participación y consulta ciudadana, en particular allí donde se contó con el apoyo de la cooperación internacional. En algunas regiones como Lambayeque y La Libertad, alrededor de 200 mil personas votaron sobre las prioridades regionales de salud. Igualmente fueron significativos los diagnósticos participativos promovidos por Foro Salud en Piura, Pasco, Ucayali, San Martín y Junín ■

8 En una muestra de 15 Regiones –sujetas a vigilancia por el Proyecto Vigila Perú/Grupo Propuesta Ciudadana– se encuentra que seis tuvieron entre 2 a 8 directores por período de gobierno.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Las transferencias requieren salir de la lógica normativa y asignativa que ha marcado el conjunto del proceso, hacia funciones y competencias reales.
- La conducción eficaz y de calidad de los servicios de salud, debe ser urgentemente abordada.
- Ampliar la estructuración de las Gerencias Regionales de Salud (ex DIRESA) que se viene realizando desde las regiones.
- Reorganizar el MINSA central para garantizar la rectoría y articulación sanitaria nacional en el contexto de un país descentralizado.
- Priorizar las competencias, capacidades y estándares de desempeño básicos a ser fortalecidos en las regiones, con soporte financiero, técnico y normativo.
- Resolución de los aspectos pendientes sobre el CNS: marginación de las decisiones sobre políticas nacionales, carácter consultivo, baja representación de la sociedad civil y funcionamiento desarticulado con los Comités Nacionales y CRS.
- Reforzar el equipo de inversiones del MINSA y articular la asistencia, y metodologías con las OPI regionales, para mejorar la ejecución presupuestal.