

CONDICIONES PARA LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD, AREQUIPA PERÚ

Alejandro Vela Quico

RESUMEN

I. INTRODUCCIÓN

II. METODOLOGÍA

III. RESULTADOS

IV. CONCLUSIONES

V. ESTRATEGIAS PARA IMPULSAR LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

La investigación realizada en la década pasada contiene información que aún está vigente a pesar que habría finalizado el proceso de descentralización en el Perú. Analiza las concepciones y actitudes hacia el proceso de descentralización en personajes claves de la gestión en salud de Arequipa Perú. El método fue cualitativo, con entrevistas a 89 personajes claves.

Los principales problemas generales de Arequipa identificados fueron: desempleo, medio ambiente y saneamiento ambiental, infraestructura y planeamiento urbano, violencia y seguridad, pobreza e inequidad. Los principales problemas de salud identificados fueron: enfermedades infectocontagiosas, desnutrición infantil, medio ambiente, presupuesto, cobertura e inequidad.

Definen correctamente al centralismo y la descentralización. Las expresiones del centralismo están en la burocracia, las limitaciones económicas e inequidad. Consideran que existen en la región, personas capacitadas y con experiencia en la gestión. Las estrategias que proponen para impulsar la descentralización son: la planificación local, el desarrollo de los recursos humanos, el liderazgo regional y sectorial y convocar a la comunidad. Las debilidades que identifican fueron la gestión burocrática y la desmotivación del personal.

Mantienen relaciones de cooperación con los municipios, ONGs y el sector educación principalmente; y relaciones de conflicto con el personal de salud y sus gremios. Se concluye la inexistencia de condiciones subjetivas para la descentralización en salud en Arequipa. Se propone las estrategias: Constitución y liderazgo de actores sociales para la Descentralización, fortalecer la capacidad de gestión descentralista, proponer un Programa Descentralizado de Salud para Arequipa y fortalecimiento de la gestión de la Dirección Regional de Salud.

PALABRAS CLAVES: Descentralización en Salud

I. INTRODUCCION

JUSTIFICACIÓN

Arequipa es considerada la segunda ciudad en importancia económica y social del país, pero el centralismo afecta y limita su desarrollo; siendo responsable de inequidades regionales, las inmigraciones a centros urbanos e incluso de facilitar la corrupción. En el campo de la salud también se expresan las condiciones provocadas por el centralismo. A inicios del siglo XXI se había profundizado el rol dependiente y secundario de la Dirección Regional de Salud DIRSA, para la decisión de las políticas que implementa.

Las actitudes de los funcionarios y estamentos administrativos de la capital se expresan como decisorias, fiscalizadoras y sancionadoras. Muchos funcionarios y administradores locales han perdido la confianza en la capacidad técnica, pues el centralismo sustenta la vigencia de sus cargos en la lealtad hacia las autoridades centrales. Esta situación ha profundizado en el personal de salud, una cultura de desmotivación, desconfianza y pasividad.

Entre el personal de salud, al perderse la importancia de las competencias técnicas y morales, sus organizaciones gremiales se redujeron a simples demandantes de más remuneraciones y ventajas corporativas, sin priorizar la salud de la población.

La situación de salud, habría seguido un curso, aparentemente confuso, pues las estadísticas sugieren importantes mejoras en los indicadores de pobreza, de cobertura de servicios, de mortalidad materna; acceso a controles prenatales e inmunizaciones. Observaciones muestran que los hospitales son realmente grandes centros de primer nivel de atención, con bajos niveles de especialización, falta de equipos y materiales de atención. Los pacientes se resisten a ser hospitalizados por los costos que implica y la dudosa atención de calidad que reciben.

La presente investigación se propone hacer una aproximación a esta realidad, desde la perspectiva del personal de salud, instalados en el proceso de descentralización aún en etapa incipiente, donde percibimos poco compromiso y participación de los actores regionales.

INTERROGANTES:

- ¿Cuáles son las condiciones sanitarias más significativas para un proceso de descentralización en salud en Arequipa?
- ¿Qué estrategias se pueden desarrollar, para impulsar un proceso de descentralización en salud en Arequipa?

OBJETIVO:

Identificar y analizar los discursos de personajes claves de la gestión sobre las características de salud, el centralismo, la descentralización, las fortalezas y debilidades; las relaciones interinstitucionales y propuesta de estrategias para la descentralización en salud en Arequipa.

II. METODOLOGÍA

A. TIPO DE ESTUDIO

La investigación es de tipo cualitativo. Para la obtención de datos la técnica fue la entrevista a profundidad usando una guía con las variables elegidas. Los datos se organizaron en un texto para el análisis cualitativo, usando el programa informático Atlas/ti.

Para la interpretación de los datos seguimos el procedimiento de la etnometodología, la cual parte desde lo que los actores dicen o hacen, donde la teoría se construye a partir de los fenómenos percibidos y las relaciones que se pueden proponer entre ellos. Se busca comprender los datos en su contexto y no se atiende solamente a la cuantificación de los fenómenos.

B. AMBITO DE ESTUDIO

La región Arequipa representa el 4.9% del territorio nacional de superficie. Se distinguen cuatro regiones socioeconómicas: urbana, urbano-marginal, rural y altoandina. Su actividad económica principal es la comercial y son importantes también la minera extractiva y agrícola. Casi la mitad de su territorio está por encima de los 3,000 m de altitud. La población total para el año 2002 es de 1138170 habitantes, lo cual representa el 4.2% de la población peruana; la densidad es de 17.5 habitantes por km². La población que habita en el área rural representa el 12.9% de la población total.

El sector salud está conformado por instituciones del MINSA, Essalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales y a la Beneficencia. También funcionan 18 instituciones de salud, sin fines de lucro y diversas empresas privadas que ofrecen servicios de salud.

C. POBLACIÓN Y UNIDAD DE ESTUDIO

Se entrevistó a 89 personajes claves de la gestión pública de la salud en Arequipa, elegidos por sus responsabilidades directivas actuales o pasadas recientes, por su ubicación en niveles, ámbitos geográficos o áreas de gestión que expresan diferentes percepciones de la realidad, por ser referentes de opinión en el sector y por su potencial directivo. La técnica de muestreo cualitativa fue la saturación. Complementariamente, para la discusión y propuesta de las perspectivas estratégicas de la descentralización en salud en Arequipa, se tuvo la participación de 8 personajes claves, seleccionados por su experiencia política y administrativa en salud, así como por su actitud propositiva frente a la situación actual de la salud en Arequipa.

III. RESULTADOS

TABLA 1
POSICIÓN DEL ENTREVISTADO

ENTREVISTADO	CATEGORÍA	Nro.	%
- Gerente de Redes de Salud, Jefes de C. de S., Gerentes de CLAS, Jefe de Servicio periférico, de ámbitos urbano marginal o rural.	JEFES DE SERVICIOS MINSA	41	46.09
- Directores Ejecutivos, de Atención a las personas, Dige-sa, SIS, gestión de Recursos Humanos, Epidemiología. Director hospital, auditoría interna, Jefe de Área Administrativa	DIRECCIÓN	22	24.71
- Coordinador programas de salud, responsables de áreas de salud periferia.	DIRECCIÓN PROGRAMAS	9	10.11

- Presidente CLAS, participación activa en la gestión.	CLAS	4	4.49
- Directivo Académico (decano, jefes de departamentos), con funciones asistenciales	UNIVERSIDAD	10	11.23
- Decano y ex decano de Colegio Médico, Colegio de Enfermeros, con funciones asistenciales.	GREMIO PROFESIONAL	3	3.37
TOTAL		89	100.00

TABLA 2
ACTIVIDAD PRINCIPAL QUE REALIZA ACTUALMENTE EL ENTREVISTADO

ACTIVIDADES	CATEGORÍA	Nro.	%
- Funciones administrativas propias de su cargo, administración de financiamiento, logística, control de personal, de servicios, de productos, promoción de la salud, programas, estadística.	ADMINISTRACIÓN	45	50.56
- Atención médica, en planificación familiar, campañas, consultas, psicoprofilaxis, desarrollo de programas de salud, atención integral	ASISTENCIAL	26	29.21
- Dirección de Áreas.	DIRECCIÓN	16	17.97
- Docencia universitaria	DOCENCIA	2	2.24
TOTAL		89	100.00

TABLA 3
PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD DE AREQUIPA

Orden	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	CATEGORÍA	Nro.	%
1	IRA, EDA, persistencia de enfermedades por contaminación del agua, aumento de TBC, Sida, ETS, caries dental, reemergencia de chagas	INFECTO-CONTAGIOSAS	43	18.14
2	Desnutrición infantil	DESNUTRICIÓN INFANTIL	19	8.01
3	Mal saneamiento ambiental, contaminación ambiental	MEDIO AMBIENTE	18	7.59
4	Bajo presupuesto, falta de recursos económicos	PRESUPUESTO	17	7.17
5	Inaccesibilidad a Servicios de Salud, limitada cobertura, falta de más establecimientos de salud y CLAS, personal de salud no está distribuido en zonas alejadas, no todos tienen seguro	COBERTURA E INEQUIDAD	16	6.75
6	Infraestructura inadecuada, falta de equipamiento de establecimientos, desbaratamiento de equipos	INFRAESTRUCTURA Y	16	6.75

7	Duplicación de acciones en programas, deficiente calidad de atención, congestión, pérdida de tiempo en llenado de formatos inútiles, no hay Red Hospitalaria, no están establecidas y exigidas las prioridades de salud, no está organizada la capacidad de resolución. no está desarrollados 2do. y 3er. nivel de atención.	EQUIPAMIENTO GESTIÓN PLANIFICACIÓN	15	6.32
8	Aumento de enfermedades crónico-degenerativas, emergencias traumáticas, cambio epidemiológico, accidentes, stress, depresión, accidentes de tránsito	ENFERMEDADES CRÓNICAS Y TRAUMÁTICAS	12	5.06
9	No autocuidado de salud, no conciencia de enfermedades, no educación de población para prevención y promoción de su salud	EDUCACIÓN SANITARIA	10	4.21
10	Falta de empleo para personal de salud, regímenes laborales diferentes e inequitativos, inestabilidad, costos y facilidades para capacitarse	CONDICIONES DE EMPLEO	10	4.21
11	Aumento de mortalidad general, mortalidad materna y perinatal en zonas de pobreza, altoandinas	MORTALIDAD	10	4.21
12	Embarazo no deseado en adolescentes, suicidio en adolescentes	ADOLESCENTES	10	4.21
13	Centralismo en general, en los servicios de salud, no se pueden tomar decisiones importantes	CENTRALISMO	9	3.79
14	Falta de capacitación del personal de salud no interesado en lo social, no conoce lineamientos de política, pérdida de valores, conflictos laborales	RECURSOS HUMANOS	11	4.63
15	Medicamentos caros, despido indiscriminado, no adecuada prescripción, costos	MEDICINAS	7	2.95
16	Maltrato y violencia familiar, alcoholismo y drogadicción	VIOLENCIA Y DROGADICCIÓN	6	2.52
17	No armonía entre Essalud y MINSA.	COORDINACIÓN	3	1.26
18	No atención al adulto mayor	TERCERA EDAD	1	0.42
TOTAL			237	100.00

* Se registraron hasta 3 menciones de problemas por entrevistado

TABLA 4
PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS PRINCIPALES DE AREQUIPA

Orden	PROBLEMAS IDENTIFICADOS	CATEGORÍA	Nro.	%
1.	Desempleo, falta de trabajo, desocupación general, particularmente de profesionales	DESEMPLEO	53	17.66
2.	Contaminación ambiental, contaminación del transporte, saneamiento básico de sectores populares	MEDIO AMBIENTE Y SANEAMIENTO	47	15.61
3.	Crecimiento urbano no planificado, migración y hacinamiento, falta de vías de comunicación urbanas y en zonas rural andina, caos en el transporte, incremento de ferias	INFRAESTRUCTURA Y PLANEAMIENTO URBANO	42	13.95

4. Violencia, inseguridad, delincuencia, prostitución, caos social, drogadicción.	VIOLENCIA Y SEGURIDAD	40	13.28
5. Extrema pobreza, necesidades económicas de mayorías, brechas sociales rural-urbanas, distribución inadecuada de bienes y recursos del Estado.	POBREZA E INEQUIDAD	29	9.63
6. Centralismo de la administración pública, particularmente en sector salud, no coordinación intersectorial	CENTRALISMO	20	6.64
7. Poca inversión, no apoyo del gobierno a empresarios, deserción de las industrias de Arequipa. Tecnificación y capacitación del agro, subocupación	RECESIÓN	18	5.98
8. Necesidades de salud, infectocontagiosas, desnutrición, mortalidad infantil, no se prioriza la salud, políticas no claras, embarazo adolescentes, Instituciones, servicios y equipos obsoletos.	SALUD	16	5.31
9. Falta de educación, analfabetismo	EDUCACION	14	4.65
10. Políticos corruptos, falta de credibilidad de honestidad, contrabando, no transparencia en la gestión pública	CORRUPCIÓN	9	2.99
11. Falta de incentivos para hacer las cosas, crisis moral, falta de identidad, de solidaridad	DESMORALIZACIÓN	8	2.65
12. Privatización de los servicios, de EGASA, EGE-SUR	PRIVATIZACIÓN	4	1.32
13. No hay ciudadanía, no hay democracia social	DEMOCRACIA	1	0.33
TOTAL		301	100.00

* Se registraron hasta 5 menciones de problemas por entrevistado

TABLA 5
CONCEPTO DE CENTRALISMO DEL ENTREVISTADO

CONCEPTO	CATEGORÍA	Nro.	%
- Acumulación de poder económico, político y social, concentración de poder técnico administrativo, jurídico, económico y normativo en un solo lugar o élite; tener toda la dirección, ejecución y planeamiento sin conocer toda la realidad; forma de gobierno donde se maneja todo el poder público y privado, implica verticalidad	CENTRALISMO	33	37.09
- Las funciones de una institución se concentran en un sólo lugar, no son distribuidas, no se delegan a los gobiernos locales; las decisiones deben pasar, ser aprobadas o ser asumidas por un solo sector, desde la capital o instancias directivas locales; emitir normas desde la capital, manejar el presupuesto	CONCENTRACIÓN	31	34.83
- Sistema totalitario que concentra, todo el poder estatal, los recursos en un lugar, que no da importancia a la periferia, la cual tiene mayores necesidades; centralización del poder, de las responsabilidades en un lugar y perjudicando a la periferia;	CENTRALISMO Y MARGINACIÓN	23	25.84

decisiones económicas, políticas y sociales sin participación ciudadana y a espaldas de las regiones. Sistema político que abandona y maltrata a las regiones, no conoce las dificultades de cada región, no hay equidad. Concentración de los sectores económicos y administrativos que no permite el desarrollo uniforme en todo el país

- Es el mayor obstáculo, es un gran problema para el país.	PROBLEMA GENERAL	2	2.24
TOTAL		89	100.00

TABLA 6
CONCEPTO DE DESCENTRALIZACIÓN DEL ENTREVISTADO

CONCEPTO	CATEGORÍA	Nro.	%
- Distribución, transferencia, delegación, desconcentración de poderes, de las decisiones importantes, de funciones, poder político y administrativo a los gobiernos locales, a los lugares de ejecución, para tener mejores resultados porque éstos saben cuáles son las deficiencias y las estrategias de acuerdo a la realidad local. Delegar con autoridad y responsabilidad. Distribución equitativa del poder y recursos. Las decisiones económicas, políticas y sociales son tomadas por los propios habitantes o instituciones locales., se otorga funciones de presupuesto, da mayor equidad en recursos.	DESCENTRALIZACIÓN	58	65.18
- Programación para la periferia, otorgar funciones de acuerdo a la realidad y necesidades de cada lugar, planificar de acuerdo a la realidad, compartir. Hacer más eficiente el uso de recursos	DESCONCENTRACIÓN	25	28.08
- Dan autonomía y capacidad de decidir a las regiones o departamentos, con empoderamiento real, que localmente se hagan los diagnósticos y planificación, democratización del poder y redistribución. Delegación de poder a personas elegidas mediante voto popular	PODER REGIONAL	6	6.74
TOTAL		74	100.00

TABLA 7
EXPRESIONES DE MAYOR CENTRALISMO QUE SOPORTA EN SU TRABAJO

EXPRESIONES	CATEGORÍA	Nro.	%
- Burocracia administrativa, los de la capital nos evalúan, ellos otorgan los registros sanitarios, farmacéuticos, de certificados BPA y BPM. Interferencia con organismos centrales, concentran los recursos humanos. Control por el MEF a través del SIAF para el monitoreo presupuestal, congelamiento de plazas, verticalidad. Elección y asignación de recursos desde	BUROCRACIA	44	34.13

la capital.			
- No autonomía económica, bajo presupuesto, recortes presupuestales, selección y compras de hacen en Lima.	ECONÓMICO	29	22.48
- Mala distribución del presupuesto, de recursos, no se atiende a las zonas más pobres, no conocen la realidad regional, no se prioriza adecuadamente, unas instituciones tienen mejores recursos que otras	INEQUIDAD	23	17.82
- En el desarrollo de programas, en la programación de actividades y estrategias; imposición de metas, los datos que tienen de población no son reales. Estamos sujetos a normas y planes nacionales, programación vertical	PROGRAMACIÓN	22	17.05
- Problemas en la información en ambas direcciones.	DESINFORMACIÓN	6	4.65
- A nivel de Lima toman las decisiones más importantes, líneas de acción impuestos, impusieron una reorganización de Redes	POLÍTICO	4	3.10
	TOTAL	129**	100.00

* Incluye a la DIRSA

** Se registró hasta dos respuestas por entrevistado.

TABLA 8
RECURSOS HUMANOS NECESARIOS PARA LA DESCENTRALIZACIÓN
QUE IDENTIFICA EL ENTREVISTADO

RECURSOS HUMANOS	CATEGORÍA	Nro.	%
- Personal capacitado en planificación, reingeniería, gestión, administración. La Universidad tiene equipos profesionales, multidisciplinarios, oficinas de planificación e investigación. Equipo multidisciplinario en el sector. Todo el personal está motivado y capacitado, sólo espera la oportunidad para demostrar su capacidad, hay personal nuevo.	RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS	49	52.15
- Personal con experiencia en gestión, en el desarrollo de programas, la burocracia y los directores.	EXPERIENCIA EN GESTIÓN	15	15.95
- Personal con experiencia en el trabajo comunitario	EXPERIENCIA COMUNITARIA	4	4.25
- No identifica personal capaz y útil para la descentralización.	NINGUNO	26	27.65
	TOTAL	94*	100.00

* Se registró hasta dos respuestas por entrevistado.

TABLA 9
ESTRATEGIAS QUE PROPONE EL ENTREVISTADO PARA PROMOVER
LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

ESTRATEGIAS PROPUESTAS	CATEGORÍA	Nro.	%
- Que directores planifiquen equitativamente. Que gobiernos regionales permitan y tomen en cuenta la opinión local. Definir funciones de gobiernos locales. Gestión, organización e implementar las Redes, instalación de microrredes, CLAS. Asignación presupuestal descentralizada, que los recursos se queden en la región, que se trabaje con presupuesto propio. Hacer estudios de la realidad., distribución de recursos equitativamente, reestructurar, mejorar administración. Atención a lugares de mayor pobreza y más vulnerables.	PLANIFICACIÓN LOCAL	35	27.11
- Desarrollar un programa de formación de recursos humanos por parte del gobierno central. Capacitar para evitar improvisación. Constitución de equipo profesional capacitado y motivado. Dejar a la gente trabajar en las mejores condiciones, sin amedrentamientos, con estabilidad, motivación del personal, compromiso, desconcentrar. Evaluar personal	DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS	26	20.22
- Autoridades de Gob. Regional y de Salud lideren el nuevo gobierno, convocando a otras personas representativas. Fijar objetivos, misión y visión de cada sector. Gob. Regional se organice y coordine intersectorialmente.	LIDERAZGO DEL GOB. REGIONAL Y SECTORIA	21	16.26
- Participación social y comunitaria, pedir consejo a la población sobre la mejor forma de llevar los servicios. Buscar la sostenibilidad de programas en base a participación de la comunidad. Educación permanente de la comunidad, planificación de base, concertación, informar	CONVOCAR A LA COMUNIDAD	18	13.95
- Transparencia y otorgamiento de responsabilidades y funciones. Ascender por méritos, los cargos de dirección elegirse por voto universal (no de confianza), redistribución del personal de la Dirección Regional. Reestructuración de oficinas, informar de la gestión	TRANSPARENCIA ADMINISTRATIVA	11	8.52
- Reclamar y sustentar la descentralización por los más altos funcionarios locales. Que la capital dé autonomía financiera y administrativa y evalúen periódicamente. Que se dé más recursos y libertad en su propio presupuesto	AUTONOMÍA Y RECURSOS	10	7.74
- Congreso apruebe ley de descentralización y otras necesarias. Que Gobierno central provea recursos necesarios a la región; debe tomar las decisiones políticas para facilitar descentralización. Nuevas leyes de Educación para formar mentalidad	LEYES DE NIVEL CENTRAL	8	6.20
	TOTAL	129*	100.00

* Se registró hasta dos estrategias por entrevistado

TABLA 10
FORTALEZAS QUE IDENTIFICA EN SU INSTITUCIÓN

FORTALEZAS	CATEGORÍA	Nro.	%
- Personal profesional y técnicos capacitados en diversos campos de la administración y técnicamente. Personal con experiencia exitosa en la gestión.	RR HH CAPACITADOS CON EXPERIENCIA	35	36.11
- Identidad y compromiso con la institución, motivado, vocación de servicio. Atención integral, de grupos vulnerables. Decisión política de participar, trabajo en equipo, gente joven, buenas relaciones personales.	MOTIVACIÓN DEL PERSONAL	32	32.98
- Organización en Redes, Buena administración del personal, red informática, rol rector y liderazgo. Preocupación por perspectiva del usuario, servicios a comunidad, atención integral Generación de sus propios recursos.	ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN SECTORIAL	21	21.64
- Experiencia en el trabajo y planificación comunitaria. Comunidad unida, Relaciones comunitarias	EXPERIENCIA COMUNITARIA	7	7.21
- Apoyo financiero extranjero para programas	FINANCIAMIENTO	1	1.03
- Apoyo de municipios	CONCERTACIÓN	1	1.03
	TOTAL	97*	100.00

* Se registró hasta dos respuestas por entrevistado

TABLA 11
DEBILIDADES QUE IDENTIFICA EN SU INSTITUCIÓN

DEBILIDADES	CATEGORÍA	Nro.	%
- Falta planificación, objetivos no precisos. Asignación de personal cambiante. Trabajo fragmentado, horarios inapropiados, burocracia, petitorio de medicamentos inadecuado, excesivo personal administrativo, centralismo. Incoordinación en decisión y gestión, administración y asistencia; duplicidad de funciones, no comunicación. No rol rector.	GESTIÓN BUROCRÁTICA	52	25.17
- No cultura institucional, resistencia al cambio y a nueva estructura orgánica. No identificación institucional. Falta de estímulos a trabajadores, no proyección a comunidad, valores no consolidados. Limitación de desarrollo personal y capacitación, no trabajo en equipo, baja autoestima.	NO MOTIVACIÓN DEL PERSONAL	21	14.21
- Falta de infraestructura, insuficiente. Material y equipos obsoletos, faltan recursos para mejorar cobertura.	INSUFICIENTE INFRAESTRUC Y EQUI	21	14.21
- Escaso presupuesto, insuficiente, dependiente	PRESUPUESTO	18	12.16
- Escaso personal específico y especializado para la Región, poca capacitación, no conocimiento administrativo	NO CAPACITACIÓN PERSONAL	15	10.13
- Inestabilidad laboral, reducción de personal, falta personal,	INESTABILIDAD LABORAL		

bajos sueldos particularmente en periferia.		13	8.78
- Celos profesionales entre directores y otros, malas relaciones personales	CONFLICTOS ENTRE PERSONAL	11	7.43
- Falta de información, investigación. Falta información sobre la calidad del servicio, de comunicación	NO INVESTIGACIÓN	5	3.37
- Población desconoce política institucional de salud, poca participación. Bajo nivel económico, insatisfacción de la población.	NO PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	4	2.70
- Mentalidad recuperativa	ASISTENCIALISMO	2	1.35
TOTAL		148*	100.00

* Se registró hasta dos respuestas por entrevistado.

TABLA 12
ACTORES SOCIALES CON QUIENES TIENE RELACIONES DE COOPERACIÓN

ACTORES SOCIALES	CATEGORÍA	Nro.	%
- Consejo distrital, provincial	MUNICIPIOS	36	20.55
- ONG (módulos internacionales)	ONG	22	12.5
- Sector educación, centros educativos	SECTOR EDUCACIÓN	18	10.22
- Niveles directivos MINSA Con los niveles administrativos superiores internos	DIRECCIÓN MINSA	15	8.52
- CTAR, Minister. de Gob., gobernatura, ORDESUR, OGA	GOBIERNO	13	7.38
- Comunidad, promotores de salud, CLAS	COMUNIDAD	13	7.38
- Con los establecimiento de salud, hospitales, Sanidades Policiales y Hospitales militares	OTROS SERVICIOS DE SALUD	13	7.38
- Iglesia católica, Caritas	IGLESIA	12	6.81
- Sector agricultura, trabajo, Poder Judicial, Sector Turismo, Bomberos, Beneficencia	OTROS SECTORES	11	6.22
- UNSA y UCSM, Universidades del extranjero	UNIVERSIDADES	10	5.68
- La Policía, FFAA	POLICIA	10	5.68
- Essalud	ESSALUD	3	1.70
- Laboratorios	LABORATORIOS	1	0.56
- Emisoras radiales, medios de comunicación	PERIODISMO	1	0.56
TOTAL		176*	100.00

* Se registró hasta dos respuestas por entrevistado

TABLA 13
ACTORES SOCIALES CON QUIENES TIENE RELACIONES DE CONFLICTO

ACTORES SOCIALES	CATEGORÍA	Nro.	%
- Ninguno	NINGUNO	31	33.71
- Sectores del personal que resisten el cambio. Sectores o servicios con los cuales se trabaja, falta de integración, personal de CLAS, personal no identificado. Sindicato.	PERSONAL Y GREMIOS	23	25.00
- Sectores de base de la comunidad, dirigentes politizados, comité vaso de leche, comedores públicos.	COMUNIDAD USUARIOS	16	17.39
- Algunas ONG compiten	ONG	4	4.34
- La dirección del MINSA y Redes	DIRECCIÓN MINSA	3	3.26
- Gobierno Central, CTAR, autoridades del gobierno	GOBIERNO	3	3.26
- Hospitales acaparan pacientes, otros establecim. del sector	SERVICIOS DE SALUD	2	2.17
- La prensa	PERIODISMO	2	2.17
- Beneficencia	BENEFICENCIA	2	2.17
- Transportistas (por la contaminación)	TRANSPORTISTAS	2	2.17
- Sociedad eléctrica (cortes de energía)	EMP. SER. PÚBLICOS	2	2.17
- Laboratorios, farmacias	LABORATORIOS	1	1.08
- Iglesia católica se opone a algunas programas	IGLESIA	1	1.08
	TOTAL	92*	100.00

* Se registró hasta dos respuestas por entrevistado

TABLA 14
RECURSOS HUMANOS CAPACITADOS
Red de Salud Arequipa Norte

NOMBRE	PROFESIÓN	SEXO EDAD	FORMACIÓN	ÁREA, CONCEN- TRACIÓN	TRABAJO ACTUAL	CARGO, UBICACIÓN
Y.P.P.	Médica	F / 51	Mg Salud Pública, a distancia. UCSM 2002 – 03	---	C. S. Maritza Campos Díaz	Jefa del Centro de Salud
M.G.	Méd. Pediatra	F / 31	Mg Estimulación Temprana UCSM 2002-04, Postg en Pediatría. México, 1997	Crec intrauterino y alimentación en Niños bajo peso	C. S. Maritza Campos Díaz	Consultorio de Pediatría
A.A.	Contadora	F / 33	Curso Postgrado en Gerencia Tributaria. UNSA, 2002- 03	Tributación	C. S. Maritza Campos Díaz	Encargada de Contabilidad
R.M.	Enfermera	F / 48	Curso de Salud Pública Básica. HRHD 1995	Básico	C. S. Maritza Campos Díaz	Coordinadora del Servicio Enfermería
G.Ch.	Enfermera	F / 24	Postg Gerencia y S.P. a distancia, Col. de Enfermeros 2003. Mg Educ Salud, a distancia. UCSM 2001-03	Género en Salud Pública	C. S. Maritza Campos Díaz	Encargada del Servicio de Tópico
C.D.	Obstetriz	F / 28	Mg Educación para la Salud,	Signos de Alarma	C. S. Maritza	Obstetriz

			a distancia. UCSM 2001- 03		Campos Díaz	asistente
S.Z.	Médica	F / 52	Mg en Salud Pública, a Distancia. UCSM 2002 – 03	---	C. S. Cerro Colorado	Jefa del Centro de Salud
R.O.	Médico	M / 57	Maestría en Educación. Univ. José Enrique en Verona-Cuba, 1998-1999	Conocimientos sobre Epilepsia en Profesores	C. S. Fco. Bolognesi	Jefe del C. S. Fco. Bolognesi. Docente
J.F.	Enfermera	F / 39	Especialización en Epidemiología. UNSA, 1999-2003	Seroprevalencia en menores de 15 años en Chagas	C. S. Caylloma	Coordinadora Sist. Vigilancia Epidem.
T.G.	Enfermera	F / 43	Especialización en Salud Pública. Univ. Católica de Sta. María, 2002	Desnutrición en Niños, Protocolo del SIDA	C. S. Fco. Bolognesi	Encargada PCEDA y PCIRA
M.L.F.	Enfermera	F / 44	Maestría en Enfermería. UNSA, 2002-03	Salud del Niño, Mujer y 3ra Edad	C. S. Fco. Bolognesi	Encar. PAI y CREED
R.F.	Médico	M / 46	Maestría en Salud Pública, a distancia. UCSM 2002-03	Desarrollo de la Atención - Cayma	C. S. Buenos Aires	Jefe del C. S. Buenos Aires
M.L.B.	Enfermera	F / 42	Esp. Salud Adolescente, UPCH 1996; Esp. Prev. Sao Paulo 2000, Mg. en Educ. para Salud UCSM 2001- 03	Crecim y Desarrollo del Niño.	C. S. La Tomilla	Jefa del C. S. La Tomilla
N.A.L.	Enfermera	F / 47	Especialidad en Salud Pública 2002 Fac. de Enfermería UNAS	Programa de Inmunodeficiencias	P. S. Semi-Rural Pachacútec	Jefa del Puesto de Salud
E.S.L.	Obstetriz	F / 36	Curso a distancia de Salud Pública, 2002-04 Univ. San Ignacio de Loyola- Ancash	---	P. S. Semi-Rural Pachacútec	Asistencial
E.P.	Obstetriz	F / 33	Maestría en Administración y Gerencia de Servicios de Salud UNSA 2002-04	Calidad en los Servicios de Obstetricia y Medicina	C. S. Mariscal Castilla	Asistencial
M.S.S.	Médica	F / 50	Maestría en Salud Pública UNSA Oct 2002-04	Calidad en los Servicios Públicos	C. S. Mariscal Castilla	Jefa del C. S. Mariscal Castilla
C.O.	Administradora	F / 45	Postg en Gerencia de Servicios de Salud 2001-02 Colegio de Administradores	---	C. S. Mariscal Castilla	Responsable de Contab. y Farmacia

TABLA 15
RECURSOS HUMANOS CON EXPERIENCIA EN GESTIÓN DE LA SALUD
Red de Salud Arequipa Norte

NOMBRES	PROFESIÓN	SEXO/EDAD	EXPERIENCIA	OCUPACIÓN ACTUAL
M.S.S.	Médica	F / 50	Gerente de la Red Oeste 1999, Directora de Economía de la Dirección Regional de salud 1997 - 2000	Jefa del C. S. Mcal. Castilla
V.A.	Enfermera	F / 55	Responsable del Programa de Salud de las Personas y Medicina Comunitaria. Sub Jefa de Medicina Comunitaria, Red de Salud	Responsable del SIS y de Capacitación
M.Q.	Médica	F / 49	Ex Responsable del Seguro Escolar Gratuito	Encargada del PCT y Lepra
M.L.B.	Enfermera	F / 42	Coordinadora Regional del Programa de Salud del Escolar y Adolescente 1992 – 2002. Coordinadora del Programa de CREED y TBC	Jefa del Puesto de Salud de La Tomilla
J.F.	Enfermera	F / 39	Jefa de la Oficina de Planificación de presupuesto de	Enfermera

			la FONAVIS de Programas	Asistencial
L.P.M.	Médica	F / 48	Ex directora de Epidemiología, Sub directora regional de Salud	Alta dirección
T.A.	Médica	F / 46	Jefa del P. S. Santa Rita de Sigüas Jefa del P. S. La Colina - Majes	Médico Asistencial
R.M.	Enfermera	F / 48	Jefa del Programa del Niño Sano	coord..Servicio de Enfermería

IV. CONCLUSIONES

1. Los problemas de salud identificados por los entrevistados expresan las condiciones objetivas del deterioro de la salud, lo inadecuado de la políticas gubernamentales a todo nivel y el debilitamiento de la institucionalidad del sector; lo que expresaría además, el carácter centralista e ineficaz del Estado y la necesidad de promover un proceso de descentralización política.
2. El centralismo al ser conceptualizado como un hecho político y administrativo, implica una actitud principalmente política hacia el proceso de descentralización en salud; el cual debe enfrentar y superar la burocracia, la interferencia de los niveles centrales, la verticalidad de los directivos y normas, así como la inequitativa distribución del presupuesto y de los recursos del Estado.
3. Al considerar que los recursos humanos regionales capacitados y con experiencia en la gestión, son la principal fortaleza para un proceso de descentralización; sugiere una actitud de confianza y autonomía en el proceso. Pero también, al reconocer como debilidad y conflicto, la desmotivación del personal de salud y su resistencia al cambio, implica la necesidad de un compromiso colectivo.
4. Actualmente no existen las dos condiciones subjetivas principales y que resumen las estrategias necesarias: Un Programa Descentralizado Regional de Salud que dé sentido al proceso y la ausencia de actores sociales significativos para la conducción y liderazgo de dicho proceso.

V. ESTRATEGIAS PARA IMPULSAR LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

1. CONSTITUCIÓN Y LIDERAZGO DE ACTORES SOCIALES REGIONALES

a) NUDO CRITICO:

Dispersión de los núcleos competentes para impulsar la descentralización en salud.

b) INDICADORES:

- No hay espacios de intercambio, discusión y propuestas de los núcleos competentes.
- Inhibición de los núcleos, de la discusión y propuestas sobre descentralización en salud.
- Postergación de los núcleos competentes en las propuestas de políticas y gestión.

c) RESULTADO ESPERADO:

Existencia de un actor social o concertación de los más susceptibles, compuesto por los principales personajes o instituciones con capacidad para hacer propuestas técnicas.

cas y políticas para el desarrollo de la descentralización en salud. Estos actores discuten y hacen propuestas guiados por la visión compartida de lograr el desarrollo de la salud integral y equitativa en toda la región. Estos actores son reconocidos en su liderazgo hacia la descentralización, por las autoridades y trabajadores del sector, así como por las organizaciones sociales.

d) ACCIONES:

- Convocatoria desde tres núcleos: el Instituto de Desarrollo de la Salud (IDS), la filial de la Academia Peruana de Salud y desde el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín.
- Confluencia Interinstituc. en el proceso de propuesta de Prog. Descentral. Regional de Salud
- Presencia crítica, explicativa y propositiva de los núcleos competentes, en los espacios políticos, en el Gobierno Local, en espacios sociales, académicos, del sector salud, medios de comunicación y otros que se generen.

e) RECURSOS:

- Decisión política de núcleos propuestos para asumir prioritariamente la descentralización.
- Propuestas operativas para el desarrollo de las acciones.

f) ACTORES COMPROMETIDOS:

- Instituto de Desarrollo de la Salud
- Academia Peruana de Salud, filial Arequipa.
- Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNSA.

2. FORTALECER LA CAPACIDAD DE GESTIÓN DESCENTRALISTA DE LA SALUD

a) NUDO CRITICO:

Insuficiente formación de los equipos directivos en gestión regional de salud.

b) INDICADORES:

- Predominio ineficiente del criterio de confianza en asignación de responsabilidades.
- Empobrecimiento del nivel de capacitación, de especialización y Post grado en Salud Pública y administración.

c) RESULTADO ESPERADO:

Se distinguen los equipos directivos por su experiencia y capacidad técnica en la gestión especializada de los principales niveles de la Dirección Regional de Salud, que les permita una gestión descentralista eficiente y eficaz. Funcionamiento de un programa de formación en administración de salud, realmente calificado.

d) ACCIONES:

- Identificación de recursos humanos y potencialidades para la gestión.
- Definir consensualmente los perfiles profesionales y técnicos necesarios para cada ámbito, institución y cargo.
- Sistema de Promoción definida en base a la adquisición efectiva de competencias y necesidades de las Redes de salud y servicios.

- Concertación con Universidades y Post grados regionales.
- Concertación con el aporte de Universidades y Post grados.
- Desarrollo de la capacitación y formación en administración con un nivel congruente a las necesidades de la descentralización.
- Seguimiento y evaluación sistemática de los recursos capacitados

e) RECURSOS:

- Decisión política de la Dirección Regional de Salud y del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina UNSA.
- Propuestas operativas para el desarrollo de la capacitación
- Infraestructura, materiales y equipos para la capacitación, de los cuales existe gran disponibilidad.

f) ACTORES COMPROMETIDOS:

- Dirección Regional de Salud
- Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNSA.
- Colegios profesionales de médicos, enfermeras, obstetrices y otros.

3. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DESCENTRALIZADO DE SALUD

a) NUDO CRITICO:

Los planes de salud son formales, "normativos", y de carácter singular, para la distribución de recursos y actividades; con un enfoque centrado en la atención y las actividades.

b) INDICADORES:

- Los planes son elaborados realmente por los grupos directivos de los servicios de salud.
- El enfoque estratégico que sugieren sólo es aparente, porque la práctica sigue siendo tradicional.
- Predominio de un carácter asistencial de la salud.

c) RESULTADO ESPERADO:

Existencia de un Programa Descentralizado de Salud para Arequipa, el cual haya implicado la participación amplia de los diversos sectores sociales y profesionales, que tengan sustento además en investigaciones integrales sobre la situación de salud regional, cuya visión y principios políticos se dirijan a la salud integral y la justicia.

d) ACCIONES:

- Realizar investigaciones integrales interdisciplinarias sobre la situación de salud regional.
- Metaanálisis del conocimiento e información generada por diversos proyectos, consultorías e investigaciones.
- Generación de indicadores de salud por áreas sociales o de intervención.
- Amplia difusión y discusión de la información sobre la situación de la salud y prioridades.
- Participación en la propuesta de actores sociales, populares, trabajadores y profesionales, para que definan además sus responsabilidades.

- Realizar la programación, incluyendo el presupuesto, de forma pública y concertada con todos los actores e instituciones comprometidas.
- e) RECURSOS:
 - Decisión política de los actores comprometidos.
 - Materiales y financiamiento de la Dirección Regional de Salud.
 - Metodologías e instrumentos para la construcción del Programa Descentralizado de Salud Regional.
- f) ACTORES COMPROMETIDOS:
 - Dirección Regional de Salud
 - Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNSA.
 - Colegios profesionales de médicos, enfermeras, obstetras y otros.

4. FORTALECIMIENTO DE LA GESTIÓN DE LA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

- a) NUDO CRÍTICO:

Falta de legitimidad e inestabilidad, así como limitaciones operativas de la Dirección Regional de Salud
- b) INDICADORES:
 - La Dirección Regional de Salud es un cargo de confianza muy frágil en su estabilidad.
 - Insuficiencia y retraso en disponibilidad de recursos financieros para la gestión.
 - Excesiva e innecesaria dependencia de las decisiones del nivel central en la administración.
 - Burocratismo en las instancias centrales e intermedias de la Dirección Regional de Salud.
- c) RESULTADO ESPERADO:

Los cargos directivos principales de la Dirección Regional de Salud se realizan por oposición y concurso de méritos, con un plazo de vigencia de por lo menos de tres años. Disponibilidad equitativa y oportuna de los recursos financieros para la gestión, teniendo además una progresiva autonomía en las decisiones de política y administración de la región. La gestión es transparente y descentralizada en las decisiones pertinentes en todos los niveles locales.
- d) ACCIONES:
 - Convocatoria a concurso de méritos para los principales cargos de dirección de la Dirección Regional de Salud.
 - Definir y proponer regionalmente los sistemas de gestión financiera y modelos de salud, acordes con la realidad local y regional.
 - Concertación con el nivel central del MINSA los principios, normas y cronogramas para la disponibilidad de los recursos financieros y materiales redistribuidos.
 - Establecer normas y procedimientos consensuados y eficientes para los diversos aspectos de la gestión, que enfrente el burocratismo.
- e) RECURSOS:

- Decisión política de la Dirección Regional de Salud
 - Diseño técnico de las propuestas de gestión financiera.
- f) ACTORES COMPROMETIDOS:
- Dirección Regional de Salud.
 - Colegios profesionales.

Alejandro Vela Quico

arcanoale@gmail.com

www.arcanoale.blogspot.com

Médico cirujano, licenciado en Antropología, doctor en Medicina, magíster en Salud Pública, magíster en Filosofía, profesor principal de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín UNSA y profesor de postgrado de la Universidad Católica Santa María UCSM, Arequipa Perú.

Arequipa, Perú, agosto 2011

BIBLIOGRAFÍA

1. ADRIANZEN, Alberto: La Descentralización y los Espacios Locales: Un Nuevo sentido de Reforma Política. Lima 1996.
2. BOISER, Sergio: Las Regiones como Espacios Socialmente Construidos. CEPAL. 1989.
3. BORJA, Rodrigo: Enciclopedia de la Política. Fondo de Cultura Económica. México 1997.
4. BOSSERT, Thomas, J.: La Descentralización de los Sistemas de Salud en Latinoamérica: Un Estudio Comparativo de Chile, Colombia y Bolivia. Harvard School of Public Health, junio 2000.
5. CARAVEDO, Baltazar: El Problema del Centralismo en el Perú Republicano. En: Allpanchis 13, 1974. Pp. 19-50.
6. CEPAL: La Descentralización de la Educación y la Salud, un análisis de la experiencia latinoamericana, 1998.
7. CTAR Arequipa: Síntesis de Propuestas de Desarrollo por Provincias. Arequipa 2000.
8. DAMMERT E., Manuel: Desborde Territorial Descentralista, Replantando La Reforma Descentralista Peruana. Primera Edición. Lima 1999.
9. DIRSA, Oficina de Epidemiología, ASIS 2001.
10. El Peruano: Constitución Política del Perú, 1993.
11. ELY Yamin, Alicia: Conjurando Inequidades, Vigilancia Social del Derecho a la Salud. Centro de Asesoría Laboral del Perú - CEDAL, Lima 2001.
12. GONZALES de Olarte, Efraín: *La Descentralización en el Perú: Diagnóstico y Propuesta*. IEP, Lima 1996.
13. LEY de Bases de la Regionalización Decreto Supremo Nro. 071-88-PCM de 12-06-88.
14. MINSA-GTZ: Proyecto Mejora de los Servicios de Salud, Red Castilla Condesuyos, Arequipa, 2001.
15. NEIRA A., Máximo; GALDOS R., Guillermo; MALAGA M., Alejandro; QUIROZ, P., Eusebio; CARPIO, M., Juan: *Historia General de Arequipa*. Fundación M. I. Bustamante De La Fuente. Arequipa 1990.

16. PARSSA: Apoyo a Eventuales Programas de Medicina Tradicional *en las Redes Caylloma, Arequipa Norte e Islay*, Arequipa 1999.
17. REVEZ, Bruno: *Descentralización y Gobernabilidad en Tiempos de Globalización*. CIPCA, IEP. Primera Edición. Lima 1998.
18. UNI: *Estudio Gestión Urbano Regional de Inversiones de la región Arequipa de la Región Arequipa*. Convenio Interinstitucional entre el Viceministerio de Vivienda y Construcción y la Universidad Nacional de Ingeniería. Arequipa 1998.
19. ZURITA, Alfredo; SIMES, Luis; PALLADINO, Alberto, REY, Ana: *Municipalización de la Atención de la Salud en Corrientes*, Argentina, 2001.