

Gestión de salud descentralizada

Ing. Vlado Castañeda
Consultor en descentralización

Buenos días a todos y todas. Quiero agradecer a los organizadores por la invitación y también a la Universidad del Señor de Sipán por su hospitalidad, en especial a la licenciada Liliana La Rosa. Agradezco a todos los que han decidido participar en este evento un día sábado.

Voy a abordar un tema relevante debido a las características del estado peruano en su forma de gobierno: la descentralización. En el contexto de la descentralización, discutiré cómo gestionar de manera descentralizada. Y, aunque no soy especialista en temas de cáncer, me atreveré a hablar sobre cómo podría ser la atención en los servicios oncológicos. Agradezco haber estado presente todo el día de ayer escuchando las diferentes conferencias, ya que me permitieron tener una perspectiva diferente.

Llegué con una idea de presentación, pero a lo largo del día la fui modificando. De hecho, hasta la última reunión que tuve ayer, la estuve cambiando. Recién ahora se las he entregado a los organizadores, así que espero que podamos abarcar todos los puntos que ya se discutieron de alguna manera. Eso es lo que intentaré expresar en lo que les explicaré a continuación.

Mientras preparan la presentación, quiero hablar sobre la descentralización. La descentralización, en términos prácticos, implica compartir poder entre los diferentes niveles de gobierno. En el caso peruano, tenemos tres niveles: nacional, regional y local. Se comparte poder político, administrativo y económico. En esta charla, me centraré en el poder administrativo, es decir, en la distribución de competencias. Hay tres tipos: exclusivas, compartidas y delegables. La salud es una competencia compartida entre todos los niveles de gobierno, incluido el local. No debemos olvidar el nivel local, ya que también juega un papel crucial en la gestión de la salud.

He notado que se ha hablado mucho a nivel regional, y felicito a las autoridades regionales presentes por su participación. Me pareció particularmente interesante la intervención del gobernador de Lambayeque. Actualmente, asesoro a dos gobiernos regionales, por lo que comprendo las dinámicas y desafíos que enfrentan.

En resumen, en materia de salud, una de las principales líneas de intervención es la lucha contra el cáncer. En Perú, esta lucha es compartida entre todos los niveles de gobierno. Es esencial recordar esto. Además, otro aspecto crucial es el poder económico, es decir, la gestión de los recursos públicos.

El poder de asignación, distribución y uso de los recursos públicos es crucial. Sin una adecuada gestión financiera, es complicado gestionar. No obstante, no solo se requieren recursos presupuestales o financieros para gestionar, como se dejó claro en varias exposiciones ayer. Primero, es necesario saber cómo gestionar. Por ejemplo, si te proporciono 20,000 millones de dólares ahora para la lucha contra el cáncer, ¿cuánto de ese monto realmente se gastará? El desafío no radica solo en los recursos, sino también en la capacidad de gestionarlos.

Y quiero enfatizar, como docente en política pública, que cuando hablamos de "recursos", no solo nos referimos al dinero. Hay cuatro tipos de recursos esenciales: normativos, presupuestales o financieros, humanos, y materiales o logísticos, dentro de los cuales se incluyen los tecnológicos. Es fundamental considerar estos cuatro tipos de recursos.

La descentralización tiene tres dimensiones: política, que define las atribuciones de presidentes, gobernadores, consejeros, alcaldes y otros cargos; la distribución de competencias, que si no está claramente definida puede llevar a duplicidades o superposiciones; y la competencia compartida, que aunque compleja, considero que es la mejor. ¿Por qué? Porque un gobierno local conoce mejor la realidad de su territorio, un gobierno regional puede articular mejor su territorio, y el gobierno nacional puede comprender las diversas realidades de un país tan diverso y heterogéneo como el nuestro.

He tenido el privilegio de trabajar en descentralización y recorrer casi todo el país. De las 196 provincias, he visitado 184, y aún me quedan 12 por conocer. Lo que he observado es la increíble diversidad y heterogeneidad de nuestro territorio. En medio de esta complejidad, debemos luchar contra el cáncer.

Quizás se pregunten, ¿para qué sirve la descentralización? Sirve para promover un desarrollo integral, armónico y sostenible. Esto significa que todas las partes de la sociedad y todo el territorio deben desarrollarse de manera equilibrada, sin que haya zonas o sectores que avancen más que otros.

El desarrollo no será uniforme en todos los territorios, y no pretendo engañar a nadie con esa afirmación. Cada territorio y sociedad tiene sus particularidades. Algunos, como Arequipa, tienen la ventaja de contar con minería, mientras que otros, como Cusco, tienen gas. En Lambayeque, aunque no hay minería ni gas, existe la agroexportación. En el distrito de Olmos, por ejemplo, se generan 700 millones en IGV debido a sus tierras ricas en agroexportación, donde trabajan 60,000 personas que requieren servicios públicos, incluida la salud. De esta población, ¿cuántos estarán en riesgo de padecer cáncer? Según las estadísticas presentadas por especialistas, el número es significativo. Entonces, ¿cómo está el servicio de salud en Lambayeque? Aquí es donde la descentralización juega un papel crucial.

Antes de discutir la gestión descentralizada, es esencial comprender la gestión territorial. En el ámbito del cáncer, es crucial tener claridad sobre los servicios requeridos. He tenido la oportunidad de reunirme con colegas del INEN y del MINSA, y gracias a mi experiencia trabajando en el MINSA y asesorando a cuatro ministros de salud, tengo un entendimiento profundo de la realidad. Es vital identificar todos los servicios, desde la prevención y detección temprana hasta los cuidados paliativos. La cuestión es cómo se están proporcionando estos servicios.

El estado puede ofrecer servicios de dos maneras: desconcentrados, donde se brindan desde el centro pero aún se gestionan centralmente, y descentralizados. Algunos servicios, debido a economías de escala, deben ser desconcentrados para garantizar eficiencia. A menudo, la teoría nos dice que los recursos son limitados mientras que las necesidades son infinitas. Sin embargo, en la práctica, si te proporciono 1,000 millones de soles para el cáncer y solo gastas 800, no puedo darte más porque no estás utilizando eficientemente lo que ya te he dado. A veces, la centralización es necesaria para actuar de manera desconcentrada. Sin embargo, en la gestión territorial, también debemos considerar la descentralización.

Precisamente en Lambayeque, la descentralización es esencial. ¿Por qué? Porque en este contexto descentralizado, el director regional de salud tiene la responsabilidad de gestionar la salud en el departamento. Es la autoridad regional en salud. Antes, algunos servicios estaban bajo la jurisdicción nacional, pero ahora están a cargo del gobierno regional. A menudo escucho a personas referirse a sus servicios como "MINSA", incluso en gobiernos regionales. Sin embargo, un establecimiento en un departamento del país no pertenece al MINSA; es administrado y gestionado por el gobierno regional. Eso lo convierte en un servicio descentralizado.

Por ejemplo, el SIS es un servicio desconcentrado, mientras que las postas, centros de salud y hospitales regionales están bajo la jurisdicción del director regional de salud y del gobierno regional, lo que los hace descentralizados. En la lucha contra el cáncer, algunos servicios, como el financiamiento a través del SIS, se gestionan de manera centralizada y desconcentrada. Sin embargo, las unidades prestadoras de servicios de salud oncológicos, como el hospital regional de Lambayeque, son descentralizadas.

A pesar de esta descentralización, no significa que cada gobierno regional pueda actuar a su antojo. El gobierno peruano, aunque descentralizado, sigue siendo unitario, como lo establece el artículo 43 de la Constitución. Esto implica una dirección y coherencia unificadas en las intervenciones. El INEN ahora tiene la gran responsabilidad de liderar la política nacional del cáncer y es el responsable técnico del programa presupuestal de lucha contra el cáncer. Por lo tanto, los gobiernos regionales y locales deben alinearse con esta política nacional.

Para gestionar eficazmente estos servicios, tanto desconcentrados como descentralizados, es esencial la convergencia y sinergia. Sin ellas, cada entidad podría actuar de manera descoordinada, y el principal perjudicado sería el usuario. El propósito principal del estado es servir a los ciudadanos y a la sociedad. Si no se logra esta finalidad, el estado no está cumpliendo su propósito. Además, es crucial que los servicios sean idóneos, es decir, que se adapten a la realidad y condiciones específicas de cada región.

Dada la diversidad y heterogeneidad de nuestras realidades, las estrategias de intervención no pueden ser uniformes. No solo me refiero a la diversidad entre departamentos, sino también a la variabilidad dentro de las

regiones. Por ejemplo, en Lambayeque, hay personas que hablan quechua, lo cual es una sorpresa para muchos que asumen que solo en la sierra se habla este idioma. Esta interculturalidad no debe ser pasada por alto en nuestras intervenciones.

La idoneidad es esencial, así como el uso eficiente de los recursos. Ayer se presentaron estrategias valiosas para optimizar este uso. Aprendí mucho, especialmente de la presentación del viceministro de salud sobre mecanismos diferenciados de adquisición. La idea de "pago por resultados" me parece innovadora. Estoy ansioso por aprender más sobre esto.

El objetivo principal es generar un mayor beneficio para el usuario, independientemente de cómo lo llamemos: cliente, beneficiario, contribuyente, etc. Para mí, es el destinatario de la acción del estado.

Para gestionar de manera descentralizada, es vital comprender el "ciclo de producción". Esto implica tener claridad sobre los impactos y resultados deseados en la población, cómo se prestará el servicio, y cómo se gestionarán las diferentes fases. Además, es crucial definir los roles y responsabilidades de cada entidad estatal.

En el ámbito de los servicios oncológicos, y considerando las recientes modificaciones legales, el nivel nacional tendrá un rol, al igual que el regional. Si se desarrolla una estrategia adecuada, incluso se podría aprovechar la capacidad del gobierno local, por ejemplo, para realizar tamizajes. Un doctor del INEM me comentó sobre un estudio realizado en Guadalupe, mi tierra natal, relacionado con el tamizaje para el cáncer de cuello uterino. Los resultados fueron interesantes, pero es esencial coordinar con el nivel local. Otro ejemplo es el análisis realizado en Alto Trujillo, que ahora es un distrito, debido a su alta incidencia de casos. Sin la colaboración del nivel local, sería difícil implementar estas intervenciones desde Lima.

¿Cómo, desde Lima, vas a conocer todo el territorio en un día o en un fin de semana? Es imposible. Por ello, es esencial trabajar con el gobierno local. No necesariamente para que realice intervenciones especializadas, sino para obtener un mejor conocimiento de la realidad. Lo que a menudo falta es claridad sobre lo que cada nivel de gobierno debe hacer, cuáles son sus roles y responsabilidades. Técnicamente, esto se logra teniendo claros los procesos de gestión y distribuyendo roles y responsabilidades según las competencias y funciones que la ley otorga a cada nivel de gobierno.

Para gestionar adecuadamente, hay que recordar cinco palabras clave: planificar, organizar capacidades y recursos, dirigir, controlar y mejorar continuamente. Si uno quiere gestionar eficazmente, debe dominar estas cinco acciones. Y es el recurso humano el que moviliza estas acciones. Si el personal no tiene las competencias necesarias para estas tareas, no podrá gestionar adecuadamente, independientemente de los recursos presupuestales que se le proporcionen.

Además, dado que estamos hablando de niveles de gobierno con poder político, la coordinación es esencial. No se puede actuar de manera descoordinada o desarticulada; es necesario actuar de forma concertada.

A menudo, el estado actúa de manera muy centralizada y no siempre cubre todas las necesidades porque no se enfoca en las necesidades básicas insatisfechas. Recientemente, se ha comenzado a trabajar con un enfoque de pobreza multidimensional. La salud tiene una ventaja en este aspecto. El enfoque debería ser abordar las necesidades básicas insatisfechas incorporando la salud. Esto implica considerar los determinantes sociales de la salud, lo que significa que la política de salud es multisectorial. Los problemas de salud están relacionados con las condiciones de vivienda, el nivel educativo y las condiciones laborales, entre otros factores. Todos estos elementos deben tenerse en cuenta, así como la satisfacción de la población.

Por lo tanto, para gestionar de manera descentralizada, es esencial construir modelos. Si no desarrollamos modelos y solo nos basamos en la intención de quienes gestionan, no tendremos protocolos de actuación claros. En el sector salud, hay una ventaja en este aspecto, ya que, cuando se aborda en otros sectores, suele ser más complejo.

La salud cuenta con modelos establecidos. Permíteme mencionar uno que opera de manera autónoma, sin requerir la intervención de autoridades: la referencia y contrarreferencia. Un paciente puede ingresar por una posta y terminar en el INEM sin que sea necesario que la presidenta hable con el gobernador, el alcalde, o incluso los gerentes y viceministros. Esto es posible gracias a un modelo estructurado.

En el contexto de la lucha contra el cáncer y considerando la red oncológica nacional, es esencial establecer un modelo claro. Sin embargo, debido a la diversidad y heterogeneidad del país, no podemos aplicar un modelo uniforme en todas partes. Si intentamos hacerlo, estoy convencido de que fracasará. Por lo tanto, necesitamos modelos diferenciados que se ajusten a un estándar general. El estándar debe ser uniforme, pero la implementación debe adaptarse a las realidades locales.

Ahora bien, ¿tenemos una comprensión clara de la realidad nacional para establecer un modelo estandarizado? Aunque no contamos con toda la información, sí disponemos de experiencias previas, como el Plan Esperanza y el inicio del programa presupuestal. Estas experiencias nos han mostrado la necesidad de adaptarnos a realidades cambiantes, especialmente después de eventos disruptivos como la pandemia de COVID-19, que reveló las deficiencias y fragmentación de nuestro sistema de salud.

Por lo tanto, propongo que, mientras trabajamos en un estándar general para la gestión descentralizada de los servicios oncológicos, implementemos pilotos para comprender las complejidades específicas de cada región. Esta combinación de estándares y pilotos nos permitirá adaptar los modelos a las realidades locales, logrando una gestión más eficiente y efectiva.

Esta no es una posición dogmática, sino una propuesta basada en mi experiencia de 20 años en gestión pública. He trabajado en todos los niveles de gobierno y he colaborado directamente con presidentes. Con base en esta experiencia, creo que el INEN, gracias al Plan Esperanza y a los programas presupuestales, tiene el conocimiento necesario para establecer un estándar inicial y, a través de pilotos, adaptarse a la diversidad territorial.

Actualmente, asesoro a dos gobiernos regionales, lo que me brinda una perspectiva aún más amplia sobre estas cuestiones.

Uno de los gobiernos regionales no cuenta con canon, mientras que el otro sí. Uno dispone de amplios recursos financieros, mientras que el otro no. Esta diversidad demanda diferentes capacidades de gestión. No solo se trata de la diversidad inherente a las necesidades de la población, sino también de la capacidad de gestión. Si solo implementamos un modelo sin fortalecer la capacidad de gestión, el modelo podría no ser efectivo.

Existe una teoría en política pública de Harvard conocida como la "teoría de la caja negra". Esta teoría sugiere que, cuando algo falla, puede ser debido al diseño o a quienes lo operan. En este contexto, debemos preocuparnos tanto por el diseño del modelo como por quién lo gestionará. No queremos encontrarnos en una situación donde, una vez que el "avión" ya esté en el aire, nos preguntemos dónde está el piloto.

Basándome en lo que he escuchado, especialmente del Dr. Berrospi y otros expertos, creo que la solución es un modelo estándar complementado con pilotos que retroalimentan dicho modelo. El objetivo es adaptarlo lo mejor posible a la realidad peruana.

Quiero aclarar que, aunque pueda sonar teórico, todo lo que he mencionado está respaldado por normativas. Existe un decreto supremo, el 121-2022, que retoma la gestión descentralizada. Este decreto, emitido por la PCM en el marco de su rectoría de descentralización, es de cumplimiento obligatorio para los tres niveles de gobierno.

Además, hay instrumentos que no se utilizan con frecuencia, como los convenios de gestión, que la salud solía emplear. Estos convenios, que establecen responsabilidades mutuas entre entidades, son esenciales para garantizar una gestión efectiva.

Para concluir, veo una gran oportunidad en la gestión descentralizada de los servicios oncológicos en Perú a través de la RON (Red Oncológica Nacional), y no me refiero al licor.

La Red Oncológica Nacional (RON) representa una gran oportunidad para nosotros. Debemos aprovecharla y, desde nuestras respectivas posiciones, esforzarnos para que su implementación sea exitosa. Sería fácil culpar al INEN de cualquier fallo, pero no es su responsabilidad exclusiva garantizar el éxito de la RON. Y lo digo desde una perspectiva académica, ya que soy docente en universidades públicas y privadas.

Me enteré ayer que esta facultad de medicina cuenta con 6,500 estudiantes. Hablé con el decano, un viejo amigo, y me lo confirmó. Con esa capacidad movilizadora, podrían contribuir significativamente, no solo realizando investigaciones, como mencionó el Dr. Berrospi, sino también en la atención directa. Por ejemplo, la Universidad Cayetano Heredia tiene establecimientos de salud fuera de Lima, en la selva, como parte de su responsabilidad

social. Podríamos establecer alianzas estratégicas entre el INEN, los gobiernos regionales, las universidades públicas y los gobiernos locales. No debemos olvidar a los gobiernos provinciales y distritales, ni a la población y a las familias afectadas por el cáncer.

La buena noticia es que la estructura de la RON ya está definida en un reglamento, con funciones claras para cada actor involucrado. Si ya tenemos definidos los roles y responsabilidades y contamos con un líder como el INEN, reconocido a nivel nacional e internacional, entonces tenemos una base sólida para hacer realidad esta red. Lo que necesitamos es alinear esos roles y responsabilidades con la lógica de los servicios que se ofrecen.

Hay etapas y escenarios para implementar esto. Y quiero mencionar dos puntos importantes que se discutieron ayer. Primero, el enfoque de red no es algo nuevo con la RON. En el sistema de salud, se ha trabajado con lo que se denomina "redes integrales de salud". Sin embargo, y hablo con conocimiento de causa, estas redes no están implementadas en todo el país como deberían.

Como establece la ley y el reglamento de la RIS (Redes Integrales de Salud), sé que la Red Oncológica debe integrarse en ese enfoque general. Lo mencionaba el Dr. Berrospi ayer, y lo recuerdo claramente. Sin embargo, si esperamos que la RIS esté completamente implementada antes de poner en marcha la RON (Red Oncológica Nacional), muchas personas morirán de cáncer. La eficiencia de la ROM puede salvar vidas y proporcionar más años de vida saludable, como establece la política.

Creo que debemos establecer etapas para que todos los involucrados se incorporen gradualmente. Es más fácil empezar con el INEN y luego con los gobiernos regionales, ya que ya cuentan con servicios oncológicos. Podemos realizar pilotos en lugares con y sin RIS para comprender las diferencias y cómo podemos construir un desarrollo que no dependa exclusivamente de la implementación completa de la RIS.

Además, no debemos esperar hasta el final para incorporar otras entidades y organizaciones. Aunque sugiero comenzar con el INEN y los gobiernos regionales, también están EsSalud, las sanidades, y el sector privado. El modelo puede ser útil para todo el sector salud.

La ley específica que la política nacional es dirigida por el INEN y debe coordinarse con todas las instancias de los tres niveles de gobierno. En cuanto al financiamiento, se realiza a través del programa presupuestal, siendo el INEN el responsable técnico. También hay desarrollos en equipamiento e infraestructura, y es crucial no olvidar la prevención.

Debemos aprovechar también las prioridades políticas. Una de las prioridades del Ministro y de la Presidenta son los preventorios, que serán pilotos. Está en el discurso de la Presidenta del 28 de julio y en el del Ministro. En este contexto, hay un desarrollo en marcha.

Finalmente, mi última recomendación es que, dado que este es un trabajo que implica una estrecha colaboración con los gobiernos regionales, creo que deberíamos trabajar con el Dr. Berrospi y la ANGR para establecer algo similar a un observatorio. Esto nos permitiría monitorear la progresividad del proyecto. Aprovecho para hacer un llamado a los representantes de Arequipa y al Presidente de la ANGR presentes en esta reunión. También a la vicegobernadora y a la consejera: comuniquen al gobernador la importancia de trabajar juntos en este proyecto. Si se han dado cuenta, este modelo solo funcionará si todos colaboran y monitorean el progreso de la implementación de la red.

Gracias y disculpen la extensión.