

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



**Una socióloga en
la gestión de la salud pública de Lima Metropolitana**

El caso del Plan de Salud Escolar 2014-2015

**Informe profesional para optar el título de Licenciada en Sociología
que presenta:**

Claudia S. Valcárcel Valentín

Asesora: Fanni Muñoz Cabrejo

Lima, noviembre de 2017

*A tu memoria AA L.C., interminable amigo.
Siempre al frente, recto, sin miedo,
contigo y la luna, el mar y las montañas, hasta el final.*

“No deseo la victoria.
La victoria es siempre pasajera,
no queda después sino la muerte,
el regocijo, el gozo falso de la vida:
una hierba caída sobre el hombro,
un refugio que aguarda su retorno,
un escondido llanto después de la
batalla y la victoria.
Un vaso palpitante,
un cuerpo en perpetuo movimiento,
un cenicero vacío eternamente
son más efímeros que la victoria,
efímera y vana, cansada y agotante.
Difícil es remar a remo suelto,
difícil llenar el vaso lleno,
difícil cambiar el tiempo ajeno.
No deseo la victoria ni la muerte,
no deseo la derrota ni la vida,
sólo deseo el árbol y su sombra,
la vida con su muerte.”

Javier Heraud

*A todos aquellos que abren caminos y entregan esperanzas,
que creen, enseñan e impulsan.
A los que trabajan con rectitud por lo mejor, por los más,
a esos que fueron y son motivación.*

RESUMEN

Este informe profesional es el resultado de una Intervención Sociológica en el campo de la Gestión Pública de la Salud a partir del análisis de mi experiencia laboral durante tres años en instituciones del Estado dedicadas a este sector, puntualmente de mi trabajo como coordinadora del programa Plan de Salud Escolar (PSE) para Lima Metropolitana, en la Dirección General del Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas (DGCISRI) del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), durante dos años (2014 y 2015).

Toma como marco teórico la Intervención Sociológica de A. Touraine, así como el Análisis Organizacional de Crozier & Friedberg y de Mintzberg; se apoya en una metodología cualitativa, como un estudio de caso. Tiene como objetivos: comprender la creación y funcionamiento del IGSS en el proceso de descentralización y reforma del Estado peruano, con énfasis en la reforma de salud del año 2013; así como analizar la aplicación del PSE y, a partir de él, reflexionar sobre la forma de organización y estrategias de los actores específicos, para llevar a cabo sus planes y políticas en la gestión de la salud pública.

Esta investigación busca también ser un aporte teórico desde la práctica, mostrar que la teoría sociológica que aprendemos se nutre, cobra especial valor y sentido cuando nos sirve a entender los complejos procesos sociales y encontrar soluciones concretas que desentrampen nudos y generen cambios positivos para el país.

ABSTRACT

This professional report is the result of a Sociological Intervention in the field of Public Health Management after an analysis of my labour experience during three years at a State institution dedicated to this sector, specifically it is about my work as Coordinator of the Plan on School Health Programme (PSE, acronyms in Spanish) for Metropolitan Lima, in the General Direction for Integral Health Care and Integrated Networks (DGCISRI, acronyms in Spanish) of the Institute for the Management of Health Services (IGSS, acronyms in Spanish), for a two year period (2014 y 2015).

The report adopts A. Tourain's Sociological Intervention as its theoretical framework, as well as the Organisational Analysis of Crozier & Friedberg and Mintzberg. It relies on a qualitative methodology, such as a case study. Its objectives are: to understand the creation and operation of the IGSS in the process of decentralisation and reform of the Peruvian State, with emphasis on the 2013 Health Reform; as well as to analyse the application of the PSE and, from then on, to think about the form of organisation and the strategies for specific actors, so as to carry out their plans and policies in the management of public health.

This research also seeks to be a theoretical contribution from the practise, showing that the sociological theory that we learn draws, takes especial courage and sense when it helps us understand the complex social processes and find concrete solutions to break the deadlock knots and generate positive changes for the country.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	6
CAPÍTULO 1: Marco teórico y metodológico	10
1.1 Introducción: La sociología y la salud pública	10
1.2 La intervención sociológica.....	16
1.3 La sociología de las organizaciones.....	18
1.4 La estructuración de las organizaciones.....	23
1.5 Metodología.....	26
CAPÍTULO 2: Contexto de la política de salud en el marco de la descentralización y modernización del Estado	29
2.1 La descentralización y modernización del Estado peruano	29
2.2 El sector salud en el marco de su descentralización y reforma institucional.....	31
CAPÍTULO 3: El Instituto de Gestión de Servicios de Salud en el marco de la reforma y descentralización de la salud pública en Lima Metropolitana	46
3.1 El Instituto de Gestión de Servicios de Salud.....	46
3.2 La Dirección General de Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas – DGCISRI	61

CAPÍTULO 4: Mi experiencia profesional en el programa del Plan de Salud Escolar	71
4.1 El caso del programa del Plan de Salud Escolar y su implementación en Lima Metropolitana.....	76
4.2 La elaboración del monitoreo	83
4.3 La autoevaluación de los actores: el Taller	95
4.4 Sobre los hallazgos generales de ambas herramientas	98
4.5 Reflexiones a propósito del Plan de Salud Escolar	107
CAPÍTULO 5: Reflexiones finales a manera de conclusión	111
5.1 Sobre el IGSS y el proceso de descentralización de la salud pública	111
5.2 Sobre la descentralización de la salud pública como cambio institucional y la estructura organizacional que requiere. El papel de esta intervención sociológica.	114
BIBLIOGRAFÍA	119
ANEXOS	128

PRESENTACIÓN

Este informe es el resultado de una intervención sociológica en el campo de la Gestión Pública de la Salud a partir del análisis de mi experiencia laboral durante tres años en instituciones del Estado dedicadas al sector salud, puntualmente de mi trabajo desarrollado como coordinadora del programa Plan de Salud Escolar para Lima Metropolitana, en la Dirección General del Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas del Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), durante dos años (2014 y 2015).

En este informe, explico cómo enfrenté desde la sociología mi papel de coordinadora del PSE en esta institución, a través de los elementos de una intervención sociológica, método que sustento por ser específico y adecuado para estudiar la acción colectiva en el IGSS.

El IGSS fue creado en diciembre de 2013, como parte de un conjunto de decretos legislativos que promulgó el sector salud a través de su órgano rector, dentro de lo que se llamó el proceso de Reforma y Descentralización del Ministerio de Salud (MINSA). Se le definió como un «[...]organismo público ejecutor, adscrito al MINSA, con personería jurídica de derecho público, autonomía funcional, administrativa, económica y financiera, en el marco de las políticas establecidas por el MINSA, constituyendo un pliego presupuestal»¹. Este instituto tenía como objetivo gestionar y ejecutar, a través de sus órganos desconcentrados (institutos, hospitales y redes de salud), las políticas de salud pública; tuvo como ámbito de acción Lima Metropolitana (LM). En síntesis, el IGSS respondía a la necesidad del ente rector de descentralizar la prestación y ejecución del servicio

¹ Decreto legislativo 1167 «Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud». *El Peruano*, 7 de diciembre del 2013.

en LM, para hacerlo más eficaz, ampliar la cobertura y mejorar su calidad. El IGSS fue desactivado por el Congreso de la República en diciembre de 2016.

Contextualiza mi intervención sociológica, el complejo proceso de Reforma y Descentralización del Estado impulsado desde el 2002 y que lleva, con avances y retrocesos, más de catorce años. En este punto, mi informe muestra esfuerzos de los que aprender y apoyar su prosecución y desarrollo, aunque se verá también que aún son muy concretos y bastante desarticulados, inmersos dentro de un conjunto de tensiones en contra, de fuertes resistencias a los cambios, a la descentralización misma, entre otros.

El análisis de esta intervención sociológica se centra en mi experiencia dentro de la Dirección General del Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas del IGSS, donde me desenvolví como coordinadora del programa Plan de Salud Escolar (PSE). Este programa consistía en brindar servicios de salud preventivos, recuperativos y de promoción de la salud a niños de inicial y primaria de un porcentaje de las escuelas públicas del país que reciben también el programa de alimentación QaliWarma. El PSE estuvo enmarcado en el programa «Aprende Saludable», que articulaba a tres ministerios (MINEDU, MIDIS y MINSAs). MINSAs debía desarrollar en estas escuelas el Plan de Salud Escolar, encargándolo como política pública a las Direcciones Regionales de Salud de los gobiernos regionales, con excepción de LM, donde era el IGSS quien se encargaba de velar por que se ejecute. El IGSS, al momento de su creación, implementó dentro de su organigrama la Dirección General de Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas (DGCISRI), y le encargó dirigir y articular a todas las redes de salud de LM. Por tanto, esta Dirección fue la encargada de la coordinación, gestión y ejecución del PSE a través de estas Redes. Este caso es un buen ejemplo para analizar la marcha y problemática de los procesos de acción colectiva en el contexto de reforma y descentralización de la salud pública, y permite extraer

conclusiones y reflexiones sobre toda la dinámica de los actores que intervienen en esta compleja organización, desde el nivel rector hasta el nivel ejecutor final.

En consecuencia, esta investigación tiene como objetivos: comprender la creación y funcionamiento del IGSS en el contexto de descentralización y reforma de salud; analizar la aplicación del PSE y a partir de él, reflexionar sobre la forma de organización y estrategias de los actores específicos para llevar a cabo sus planes y políticas en la gestión de la salud pública.

El informe está dividido en cinco capítulos. Uno primero que comprende el marco teórico y metodológico, que da base y fundamento a toda la investigación. Tomaré la teoría sobre la Intervención Sociológica y estrategias para el estudio de las organizaciones, para analizar la importancia de la sociología en el análisis de la estructura organizacional de las instituciones encargadas de llevar a cabo las políticas de gestión pública del sector salud.

Un segundo capítulo contextualiza mi intervención, dentro de la descentralización de la salud pública en el proceso de reforma del Estado peruano.

El tercer capítulo nos ubica en la Institución en que se desenvuelve este trabajo: el IGSS; su creación, sus objetivos y funciones; sus organismos, áreas y actores.

El cuarto capítulo reseña la experiencia concreta donde centro el análisis, es el capítulo principal del Informe, aquí se podrá ver la aplicación de los elementos del marco teórico en mi práctica profesional.

Finalmente, en un quinto capítulo propongo algunas reflexiones sobre la intervención sociológica en este campo, que pretenden ser un aporte para

avanzar en las estrategias de descentralización de salud hacia su necesaria democratización, en beneficio de millones de ciudadanos usuarios de esta. La presente investigación pretende ser un aporte teórico desde la práctica, que une la teoría con la práctica, busca mostrar que la teoría sociológica que aprendemos se nutre, cobra especial valor y sentido cuando nos sirve a entender los complejos procesos sociales y encontrar soluciones concretas que desentrampen nudos, que generen cambios positivos para el país.

Por último, debo señalar que este informe ha sido elaborado para optar el título de Licenciada en Sociología.



CAPÍTULO 1: Marco teórico y metodológico

1.1 Introducción: La sociología y la salud pública

La salud es un punto de encuentro donde confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, la política social y la económica [...]

(FRENK 1992:99)

A comienzos del siglo pasado, América Latina se caracterizaba por ser un continente con una población mayoritariamente rural. Las primeras causas de muerte en toda la región eran las enfermedades transmisibles como malaria, tuberculosis, fiebre amarilla, enfermedades gastrointestinales, etc. y fueron los médicos quienes se vieron en la necesidad de investigar los factores ambientales y sociales que favorecían la transmisión de estas enfermedades causantes de tan alta mortalidad. Eran realmente estudios de «Sociología rural», sin que la Sociología se constituyera aún en una profesión independiente.

La expansión de los estudios formales de Sociología en Latinoamérica se presenta con el proceso de modernización de sus países, con la experiencia del crecimiento de sus ciudades y los cambios y problemáticas que a consecuencia se dieron. Es por ello que las primeras obras de Sociología en la región fueron estudios de estos fenómenos como la migración o el desarrollo de grandes urbes en países que, de ser mayoritariamente rurales, pasaron a ser mayoritariamente urbanos. Países como Argentina, México, Cuba generaron investigaciones sobre la repercusión de estos cambios en la salud de la población, lo que dio lugar a desarrollar estudios de Sociología de la Salud, al tiempo que se extendiera la Sociología como carrera profesional propia. (BRICEÑO-LEÓN 2003: 70). Sin embargo, en el caso peruano este desarrollo de

los estudios de salud desde las ciencias sociales ha sido tomado por la Antropología, y no hay una Sociología de la Salud propiamente dicha, como sí hay una Sociología Urbana, Rural o de las Organizaciones. El enfoque sociológico que se gestó en el Perú, desde su aparición más formal a finales de los años 50 e inicios de los 60 del siglo XX, se «[...]consolida durante, en relación y a favor del horizonte y discursos revolucionarios», modernizadores, que si bien no los gestó, la Sociología fue uno de los «[...] centros de recepción, irradiación y difusión» de estos discursos, reformistas primero y revolucionarios después (ROCHABRÚN 1995: 636). En los años setenta estuvo centrada en la noción de dominación, el estudio del espacio público, los ámbitos organizados e institucionalizados y los espacios urbanos; con el enfoque de que el problema radicaba en las instituciones y el statu quo. La década de 1980 llega con un cambio de perspectiva, el discurso revolucionario se difumina, se estudia la movilización obrera, la organización popular, las «utopías andinas», el «espíritu empresarial», el «mito del progreso» (ROCHABRÚN 1995: 641); así como los estudios de la estratificación social, la realidad nacional y el sistema político.

A pesar que en Perú, no ha sido la Sociología sino la Antropología la que se ha encargado de desarrollar estudios vinculados con el campo de la salud, para el tema de este informe, interesa destacar los impactos en salud derivados de los cambios que trajo consigo la modernización de nuestros países latinoamericanos y del Perú en particular.

Entre los años cincuenta y sesenta del siglo XX, se produjo una intensa migración de población rural hacia las ciudades, al mismo tiempo que se produjo una migración de población europea, derivado de las guerras mundiales. Por otro lado, se expresó un avance en el desarrollo de medidas de saneamiento ambiental (que incluían el uso de insecticidas, por ejemplo), lo

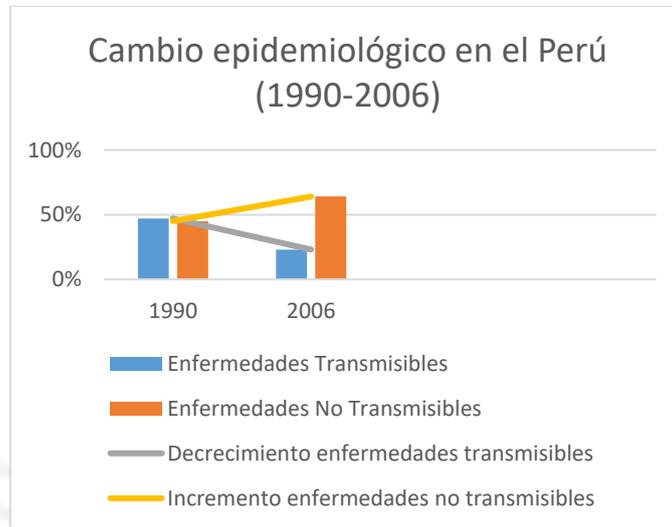
que permitió la disminución de enfermedades transmisibles, el descenso de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida. Todo esto llevó al gran crecimiento poblacional urbano y con él a la aparición de otro tipo de enfermedades, las no-transmisibles, como las cardiovasculares y el cáncer, por ejemplo, las que pasaron a ocupar cada vez más preocupantes lugares en el patrón de mortalidad de la población. Esto es lo que se denomina el cambio de patrón epidemiológico.

En nuestro continente, el nivel de desarrollo no se ha reflejado en las condiciones de vida de la mayoría de sus habitantes, este cambio epidemiológico no fue total ni uniforme para todos los sectores de la población. Los estudios sociológicos relacionados con la salud en América Latina se vieron en la necesidad de abordar la coexistencia de la morbimortalidad del desarrollo y del subdesarrollo; es decir, por un lado, la presencia de enfermedades transmisibles antes básicamente rurales (como Malaria) ahora en la ciudad, junto a nuevas epidemias como el Dengue y el Sida, así como enfermedades transmisibles producto de malas condiciones sanitarias (como el Cólera); y, por otro lado, otras enfermedades no transmisibles reflejo del sedentarismo, el consumo de productos industriales y, en síntesis, de la «modernidad». Como bien señalara Roberto Briceño-León en la década del noventa: «La Sociología de la Salud de Latinoamérica es al mismo tiempo una sociología de las condiciones de vida de la pobreza y de los estilos de vida de la abundancia» (BRICEÑO-LEÓN 2003: 71).

Si bien este criterio aún es válido hoy, habría que señalar que el proceso social de cambios en los perfiles epidemiológicos ha seguido desenvolviéndose en las últimas décadas, en toda América Latina. En Perú, básicamente entre 1990 y el 2006, las enfermedades transmisibles pasaron de producir del 47% al 23%

del total de muertes; y, a la inversa, las no transmisibles aumentaron su participación del 45% al 64% de muertes con esa causa (BELTRÁN 2013: 447).

Gráfico n.º 1: Cambios epidemiológicos en el Perú (1990-2006)



Creación propia

Fuente: BELTRÁN 2013: 447

Las razones de este cambio han sido la evolución y profundización del mismo proceso: el crecimiento poblacional de las urbes, la más alta expectativa de vida, la transición demográfica hacia una población fundamentalmente adulta, los cambios en estilos de vida (más sedentaria) y de alimentación menos sana (dietas más ricas en grasas, sales y azúcares, la llamada «comida chatarra»), a lo que el proceso económico capitalista centrado en la explotación y exportación de minerales, ha sumado más claramente en estas últimas décadas: el incremento en el nivel de contaminación ambiental del aire y del agua². Todos estos factores han llevado a que enfermedades crónicas no transmisibles como las cardio y cerebro vasculares, la diabetes, el cáncer,

² «Casos como el de La Oroya-Junín y Raura-Huánuco son emblemáticos debido a la alta concentración de plomo en la sangre de los pobladores. Las zonas de la selva, como San Martín y Ucayali, se ven afectadas por la contaminación del agua –con presencia del *Helicobacter pylori*, uno de los causantes del cáncer gástrico-, producto de la actividad extractiva poco controlada. En el caso del agua además de los agentes biológicos patógenos, estudios epidemiológicos indican que los agentes químicos están produciendo graves problemas de salud, como intoxicaciones crónicas por plomo, arsénico y cadmio, que inciden fuertemente en casos de cáncer, como de pulmón». (BELTRÁN 2013: 448-449)

además de enfermedades mentales y respiratorias, sean hoy las que generan la mayor carga de enfermedad en el país; lo que implica a su vez una pérdida sustancial de años de vida saludable (AVISA), es decir, los que se pierden por malnutrición infantil, por cantidad de vidas con discapacidad duradera, etc. (BELTRÁN 2013: 447).

Como registró la Organización Mundial de la Salud (OMS 2009) y sigue vigente en la actualidad, países como el Perú, que han experimentado un crecimiento económico sostenido en los últimos años, enfrentan una carga creciente de «riesgos modernos» sobre la salud, al mismo tiempo que luchan contra los «riesgos tradicionales»; realidad que responde a un crecimiento que no elimina la pobreza y no ha beneficiado a un sector muy amplio de la población, que todavía vive en condiciones de mala salubridad e higiene, deficiente alimentación, así como contaminación del aire por uso de combustibles inapropiados dentro de sus viviendas.

En consecuencia, desde inicios del siglo XX hasta hoy, los criterios científicos más avanzados sobre cómo abordar, analizar y proponer soluciones en el campo de la salud (y más aún de la salud pública) consideran los aspectos sociales como influencias o factores determinantes o condicionantes. Desde esta perspectiva, la salud deviene «[...]un fenómeno estrictamente ligado a las condiciones de vida de la población, que solo puede ser explicado por medio de un enfoque integral y sistémico» (ROJO 2000: 94).

Otras repercusiones que se han producido como consecuencia de los cambios (demográficos, poblacionales, etc.) ya señalados, han sido la democratización de las relaciones sociales (a partir de grandes movimientos de reivindicación social ocurridos durante la década del sesenta principalmente), y que al final de la década del setenta el Estado peruano asuma la universalidad de los

derechos ciudadanos, plasmados en la Constitución Política de 1979. Es importante que esta Constitución conciba al Estado peruano como democrático y descentralizado, demandándole un cambio en la relación con sus ciudadanos. (BARDÁLEZ 2006: 2)

Es a la luz de estos cambios que se comprende cómo la salud pública (entre otros derechos fundamentales) pasa a ser un tema de política de Estado y, como expondré más adelante, la gestión descentralizada de la salud pública se empieza a vislumbrar como una necesidad de desarrollo (BARDÁLEZ 2006: 2).

En el presente Estudio, me aproximo al análisis de las organizaciones de la salud pública en el Perú, en el marco de la descentralización (y reforma) de esta, a través de una institución específica como el Instituto de Gestión de Servicios de Salud. Se trata entonces de conocer y explicar una realidad, y a su vez conocerla con un sentido analítico, buscar identificar sus fortalezas y debilidades, así como evaluar –desde la mirada de los propios actores- si se responde realmente a los objetivos de la reforma, descentralización y modernización de la salud pública, para llevar salud a la población.

Por ello, partir del caso específico de la intervención sociológica en un programa como el Plan de Salud Escolar, me permite como socióloga analizar cómo se dan los cambios en las estructuras organizativas del Estado, en un marco de descentralización. He podido identificar que, primero, no siempre guardan correspondencia con la determinación de responsabilidades de los diferentes actores involucrados, como en el caso de salud; segundo, no desenvuelven una articulación entre los diferentes niveles de la estructura; tercero, el insuficiente desarrollo de capacidades de negociación y la escasez de medios, recortan poder a los actores principalmente de base y se generan entrampamientos en sus acciones.

1.2 La intervención sociológica.

A cada tipo de problema social corresponde un método de estudio.

(TOURAINÉ 1985: 1)

El marco teórico del presente informe profesional recoge los principales planteamientos de A. Touraine respecto a la intervención sociológica, por lo que preciso aquí sus características principales, que sirven de base para entender el nuevo y complejo espacio de trabajo donde me desarrollé como socióloga, y que se comprenderá en el contenido de mi estudio. Consideré que este método y sus herramientas tales como la observación participante, las encuestas y entrevistas, me permitían analizar el movimiento social que debía entender y manejar.

De acuerdo con el profesor Denis Sulmont, la obra de Touraine estuvo centrada en analizar «[...]el corazón de la vida social» (SULMONT 2011: 17-18), es decir, el conjunto de actos humanos, creativos y de conflicto en medio de los cuales los hombres, como sujetos/seres sociales actuantes se relacionan, se organizan, contienden. Esto lo llevó, desde mediados de la década de 1970, a desarrollar un método de investigación apropiado para estudiar la complejidad de las formas de organización social: la Intervención Sociológica.

Éste es un método para investigar fenómenos de organización social, que «[...]estudia grupos de actores participantes o habiendo participado en la misma acción colectiva» (TOURAINÉ 1985: 6), frente a quienes el investigador debe procurar se conciben como parte de una acción social más amplia y que a su vez les genera un nivel de compromiso. El sentido del análisis, según establece Touraine, será la práctica social misma, es decir, las acciones de este colectivo en función de cambiar la situación de conflicto a la que responde.

Este método tiene como características más importantes:

- Demanda del sociólogo una participación activa, así como la elaboración de hipótesis en medio del proceso de investigación.
- Analiza el tipo de práctica o conductas sociales del colectivo que estudia, así como su relación con el movimiento social más amplio en el que se circunscribe para adentrarse en cómo evalúa el grupo de actores su propia participación, cómo percibe las tensiones que se producen, cómo juzga sus relaciones. Es decir, la Intervención Sociológica es, a fin de cuentas: el análisis del autoanálisis de un grupo de actores. De esta manera, para el investigador, el foco principal del estudio no estará puesto en el buen o mal resultado de las acciones de este colectivo, sino en la propia evaluación que estos hacen de su práctica, dentro del movimiento social que la abarca (TOURAINÉ 1985: 8).
- Ser un método que permite comprender el significado analítico central de la acción colectiva, a pesar que no puede prever ni indicar la importancia de una acción única o independiente, sino solo de la acción colectiva en sí misma.
- No se realiza en un corto tiempo, más bien otro de sus rasgos es la participación del investigador en un proceso de largo aliento; durante el cual, a su vez, puede uno encontrar la necesidad de una aplicación flexible del método de intervención, relacionándolo o enriqueciéndolo con otras herramientas de análisis sociológico. Es así como se entiende también que el espíritu de este instrumento de análisis «[...]está mucho más próximo a la investigación de un modo experimental» (TOURAINÉ 1985: 17), y «[...]aunque el método de la Intervención Sociológica llegue a penetrar en todos los dominios de la sociología[...]las relaciones entre varios modos de aproximaciones tendrá que llamar cada vez más la

atención en el futuro, para el estudio de un objeto social dado»
(TOURAINÉ 1985: 4)

Recalco todo esto pues la presente investigación se aboca al estudio de un colectivo de actores que tienen la responsabilidad o el encargo de conducir la gestión pública de la salud hasta su ejecución; es decir, un movimiento social en un medio organizacional, con un conjunto de actores con el cual se buscará reflexionar y se verán entre ellos varios tipos de tensiones, resistencias y cooperación en todos los niveles y por múltiples razones, para lograr los objetivos que finalmente tienen en común como organización.

Me abocaré al papel de la Dirección General de Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas del Instituto de Gestión de Servicios de Salud del Ministerio de Salud, instaurado en el contexto de la Reforma de la Salud, para el ámbito de Lima Metropolitana. En ese medio organizacional, enfocaré mi participación como socióloga y específicamente mi responsabilidad en la coordinación y cumplimiento de metas del Plan de Salud Escolar. Este método me permitió entender y resolver los problemas que aparecían entre los ejecutores directos del programa y el movimiento social donde se desenvolvían. Todo lo cual analizaré también desde la perspectiva de la sociología de las organizaciones.

1.3 La sociología de las organizaciones.

Es pues el hombre quien debe llevar la responsabilidad primordial del cambio, y no nos referimos al hombre en abstracto al hombre universal, sino al hombre concreto y por consiguiente limitado, que actúa en su lugar y en su contexto[...]el análisis científico[...]le

invita a descubrir, con el margen de libertad de que dispone, su verdadera responsabilidad.

(CROZIER Y FRIEDBERG 1990: 366)

Una segunda perspectiva para analizar, en el marco teórico de mi intervención sociológica, ha sido la sociología de las organizaciones. Ello porque mi trabajo se centró en una Dirección específica al interior de una estructura como el IGSS, donde tuve responsabilidad de coordinación de programas de salud. Participé dentro de la formación de esta nueva organización con perfiles profesionales diferentes (básicamente profesionales de salud) y entre ellos yo como única socióloga, lo que supuso retos en mi intervención.

Ha sido fundamental el análisis organizacional en esta intervención sociológica, para comprender y ubicarme en un ambiente con múltiples dificultades al poner en marcha esta organización, y para desenvolver el papel de coordinación y gestión intermedia, en mi calidad de socióloga, como eslabón en la estructura. Es por ello que reparo en el análisis sociológico de las organizaciones de científicos sociales tales como Alain Touraine, Michael Crozier y Erhard Friedberg.

Parto de asumir que cuando hablamos de una organización, estamos refiriéndonos a una acción colectiva, es decir a la actividad conjunta – organizada- de un grupo humano. Como los estudios mencionados nos hacen ver, tal fenómeno no es un producto «natural», no surge espontáneamente ni tampoco de manera automática, sino que es una construcción de los hombres para vivir en sociedad, donde se ven en la necesidad de crear soluciones específicas a problemas de la colectividad en que viven. Por eso se define como un «constructo social» (CROZIER Y FRIEDBERG 1990: 13) y por eso también recalcan que tales construcciones de los hombres no están designadas por una fatalidad ni un simple determinismo; lógicamente, pues intervienen

muchísimas variables y condiciones sociales diversas en cada caso. Aún con este carácter variable (contingente), es posible y necesario estudiar la acción colectiva de los seres humanos, cómo ocurre, qué elementos o tensiones se producen, para qué se dan, etc., y este es el papel de la sociología principalmente.

Esto se engarza y desarrolla lo ya planteado por Touraine respecto a la aplicación de la Intervención Sociológica en fuerzas dirigentes políticas, analizadas como movimientos sociales; pues, como Touraine mismo señaló, el interés de este procedimiento sociológico es el de mostrar cómo las prácticas de una organización social de este tipo están siempre sobre-determinadas por los movimientos sociales que se inscriben en ellas, y funcionan tal como las negociaciones colectivas en una empresa (TOURAINÉ 1985: 17).

Dentro del análisis organizacional se plantea la importancia de:

- Los juegos estructurados
- Las relaciones de poder
- Los mecanismos de negociación de los actores y sus estrategias
- El descubrir el «organigrama real»
- La construcción del cambio

Todas estas son categorías de análisis que servirán de herramientas en esta intervención sociológica.

Al actuar en grupo, o colectivamente, se producen varias tensiones en estas relaciones humanas, pues se entrelaza (y a veces se contraponen) lo que desea y busca un individuo, por un lado, y los objetivos o intereses de la organización, por otro lado. El individuo (le llamaremos también «actor») tiene niveles de autonomía, tiene iniciativa, objetivos personales, y la organización a la que los

actores pertenecen tiene una meta común. Entonces, se forman entre ellos: «juegos estructurados» (CROZIER Y FRIEDBERG 1990: 19), donde la organización tiene que imponer restricciones a los individuos para lograr que todo el grupo trabaje por la misma meta, y por su parte cada actor desarrolla una capacidad de negociación para cubrir sus propias necesidades o intereses.

De esta manera, Crozier llega al siguiente concepto que considero importante para esta intervención y para entender las relaciones al interior de esta organización: que las tensiones internas en la organización son o generan «relaciones de poder». No se trata solo de relaciones de opresión, sino de poder en un sentido amplio, que se da en cualquier relación colectiva, donde hay «regateos» e «interacción». Por eso, cuando en este informe hable de estructuras organizacionales, trato acerca de desigualdades –de cualquier tipo- a veces expresadas en jerarquías, y por tanto de relaciones de dependencia, de subordinación; y al mismo tiempo me refiero a mecanismos de control de estas jerarquías para encausar los comportamientos de todos los actores hacia el objetivo de la organización, mecanismos con los que se restringe la autonomía de los individuos –actores-; así como la posibilidad de crear protecciones o límites a estos mecanismos de control, a fin de desarrollar la cooperación.

Toda estructura de acción colectiva, por estar sostenida sobre las incertidumbres “naturales” de los problemas por resolver, se constituye como sistema de poder. Es un fenómeno, un efecto y un hecho de poder. En tanto constructo humano acondiciona, regulariza, “aplaca” y crea poder, para permitir a los hombres cooperar en las empresas colectivas (CROZIER Y FRIEDBERG 1990: 22).

Comprendo que un análisis sociológico serio de una organización debe contemplar el análisis de estas relaciones de poder, que será como descubrir

el organigrama real, el que ocurre en la práctica de esa acción colectiva. Esto también ha sido muy importante para mí en esta intervención, y me ha permitido entender mejor los intercambios y negociaciones que se producían entre los actores de diferentes niveles institucionales.

Como afirma Crozier, en una relación de poder, el intercambio favorece más a una de las partes; a su vez, las partes tienen capacidad de negociar su participación, para limitar o acrecentar lo que favorezca a unos y otros, los actores crean estrategias racionales para aumentar sus «ganancias», y yo misma me he visto en la necesidad de crear y/o promover la creación de estrategias para mejorar la articulación entre instancias de la misma gran estructura.

Es verificable plenamente la definición de Crozier sobre una organización como «[...]un universo de conflicto» (CROZIER Y FRIEDBERG 1990: 77), que al estudiarlo, el sociólogo deberá acercarse y adentrarse en él para descubrir los nudos y tensiones de tal conflicto, es decir, no solo el real organigrama sino los enfrentamientos que en él se producen. Esto fue todo un reto para mí.

Ha resultado imprescindible estudiar los objetivos de las estructuras organizacionales donde trabajé, dentro de la política de salud pública y los cambios que se proponen desde el Estado para su descentralización. Porque, con estos conceptos de la sociología, entiendo que los seres humanos, sin duda seres sociales, se agrupan y actúan construyendo colectivos, para solucionar algún problema concreto, es decir: para producir un cambio. Por tanto, el cambio, que no es tampoco un fenómeno «natural», es construido, es un proceso de acción colectiva, donde los actores de esa acción colectiva buscan conseguir y/o aprender algo, en medio de estos juegos de cooperación y conflicto. Resulta indispensable que la Sociología estudie y conozca estas

creaciones y prácticas de los hombres en sociedad y, para este caso concreto, es importante que con estas nociones de intervención sociológica en una organización como el IGSS, la Sociología pueda aportar en las acciones de cambio, de solución de problemas que esta organización pretende, en medio de los objetivos de la reforma y descentralización del sector salud.

Finalmente, derivado de lo anterior, resulta también importante comprender diversas formas en que se estructuran las organizaciones, es decir cómo se construyen internamente, lo que detallaré en el siguiente punto.

1.4 La estructuración de las organizaciones.

Un tercer elemento de análisis en este marco teórico, lo he tomado de los planteamientos de Henry Mintzberg respecto a su comprensión de las organizaciones como un medio estructurado. Para esta intervención sociológica, he extraído algunas de las principales conclusiones a las que arriba este autor, y parto de su afirmación sobre la necesidad de entender cuáles son los elementos que conforman las organizaciones, es decir: las partes básicas de la organización (MINTZBERG 1991: 371); y luego, aplico sus planteamientos sobre mecanismos de coordinación al interior de las organizaciones.

Mintzberg sintetiza en seis las partes de una organización. De modo general, éstas son:

- La base de los operadores directos, es decir quienes tienen la labor de fabricar los productos y/o de proveer los servicios. En el medio organizacional de mi intervención sociológica, estos operadores son los trabajadores de salud de las redes de Lima Metropolitana.

- El ápice estratégico, conformado por quien o quienes se encuentran en la cima de la estructura, desde donde orienta, precisa metas y dirige todo el sistema. Si hablamos de todo el aparato de salud del Estado, esto corresponde al ente rector, el MINSA; si nos enfocamos específicamente en el IGSS, esta cima corresponde a su alta dirección; o la propia DGCSRI, si lo vemos desde las redes de salud y el PSE en concreto.
- La línea intermedia. Cuando la organización es grande requiere de uno o varios gestores intermedios, personas que actúan como correas de transmisión entre el ápice estratégico y los operadores; con una jerarquía de autoridad, que aplican las políticas de la cima traduciéndolas hacia los operadores de base. Cuanto más grande es la organización, más necesaria se vuelve esta función de línea estratégica. Esta es justamente la ubicación y el papel que he tenido como Coordinadora del PSE en la DGCSRI del IGSS; ubicación que me permitió tener margen de maniobra para acceder a información (con el monitoreo por ejemplo) directa de los operadores de base, detectar problemas y buscar soluciones sin esperar necesariamente que estos lleguen a la cima de la organización. Esta ubicación me permitió también facilitar o viabilizar la comunicación entre las diferentes partes y/o niveles de la organización (MINSA, IGSS, Redes de salud) para las actividades concretas del PSE.
- Los analistas, o la tecnoestructura, que cumplen también labores administrativas de diferente naturaleza, trabajan fuera de la línea de jerarquía; son los especialistas de informática, contadores, administradores, de recursos humanos, etc.
- Otras unidades administrativas, que proveen servicios, desde asesoría legal, de relaciones públicas o hasta una cafetería. Cumplen con ofrecer

servicios que no influyen directamente en la producción misma de la organización.

- Por último, Mintzberg menciona la ideología como una parte de la organización, entendida como cultura, tradiciones, creencias, que le dan vida particular al esqueleto de la estructura. En el caso del sistema de salud pública, esto sería el compromiso de los actores con el objetivo de llevar salud a la población.

Mecanismos de coordinación.

Mintzberg también analiza cómo todas las actividades para las cuales los seres humanos crean organizaciones, desde las más simples hasta las más complejas, cumplen dos requisitos: la división del trabajo en tareas diferentes y la coordinación entre estas tareas. Aunque ambos requisitos son fundamentales, centraré en el segundo, que interesa especialmente en mi intervención, pues varios de los obstáculos con los que me encontré se referían a problemas en la coordinación o articulación entre actores e instancias con diferentes funciones.

Son seis los mecanismos básicos de coordinación que este autor identifica: *la adaptación mutua*, donde las personas interactúan informalmente entre sí para coordinar; *la supervisión directa*, cuando una persona da instrucciones para facilitar la coordinación de un grupo; *la estandarización del proceso de trabajo*, por medio de especificar sus contenidos y conocimientos; *la estandarización de los resultados*, cuando se especifican las metas concretas que se pretenden; *la estandarización de las habilidades*, cuando se especifican los conocimientos y habilidades que debe tener el trabajador; y *la estandarización de las normas*, cuando lo que genera la coordinación es la unidad de creencias entre los actores (MINTZBERG 1991: 373).

Es importante notar que las formas de coordinación o articulación en una organización pueden ser todas estas al mismo tiempo, o ir cambiando de una a otra a medida que se desarrollan las diferentes labores de la organización. En el caso de mi experiencia profesional como coordinadora del PSE, pude observar algunos entrapamientos en la articulación, por ejemplo al interior de una red, entre los operadores de base y el personal administrativo; así como fallas en las estandarizaciones por problemas en la planificación o el diseño previo, lo que generaba trabas en la coordinación para entregar insumos a tiempo por ejemplo; también identifiqué la necesidad de un supervisor directo, por lo que asumí esa función en varias redes, para facilitar la comunicación y coordinación de tareas. Pude observar también que entre los trabajadores de salud, ejecutores directos del PSE, sí se producían mecanismos de adaptación mutua, y yo misma me esforcé en promover esta interacción entre ellos, pues compartían problemas similares y podían compartir también sus estrategias de solución.

Para un óptimo cumplimiento de mis funciones como coordinadora y a fin de que se cumplan las metas del PSE, debí pasar también a asumir la responsabilidad de la supervisión directa en el cumplimiento de la división de tareas del PSE, para buscar la mejor articulación entre las diferentes instancias y niveles. Con supervisión directa y como gestora intermedia, pude intervenir mejor en el flujo del trabajo; es decir, busqué no solo que las metas del PSE se cumplan sino identificar por qué no se cumplían y mejorar la coordinación de los actores implicados.

1.5 Metodología

Este informe, como ya se ha señalado, toma como marco conceptual la propuesta de A. Touraine sobre la intervención sociológica; los elementos de

la sociología de las organizaciones de Crozier y Friedberg; y la comprensión sobre la estructuración de las organizaciones, de H. Mintzberg.

Para aplicar este marco teórico al estudio de la intervención, he considerado que lo más adecuado es ubicarla en la perspectiva de la metodología cualitativa, pues una intervención sociológica como esta, trata de lo específico de mi experiencia concreta como coordinadora del programa Plan de Salud Escolar, ubicado dentro de la Dirección General de Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas del Instituto de Gestión de Servicios de Salud; por lo que se desarrollará como un estudio de caso.

He utilizado diversas fuentes y maneras de recoger la información. Por un lado, la revisión documental ha sido amplia, desde los textos y estudios señalados en el cuerpo teórico, hasta documentos del MINSA, abundante legislación específica de la reforma de salud y descentralización del Estado, así como documentos de trabajo del IGSS y las redes de salud. Por otro lado, he realizado varias entrevistas no estructuradas a diversos profesionales de salud con experiencia en el proceso de su reforma y en la gestión de la salud pública. También he recogido información empírica con observación directa, y a través de herramientas como el monitoreo y la aplicación de la autoevaluación de los actores.

Considero importante aquí tener en cuenta lo señalado por Briceño-León acerca de los modos de investigar y asumir el objeto de estudio. Briceño-León registra que algunas investigaciones (hechas por los Ministerios de Salud y Organizaciones No Gubernamentales), aunque realizan una minuciosa recolección de información, menosprecian el aspecto teórico y principalmente el análisis, porque no se vincula la información concreta con una interpretación de la realidad en que esta se expresa; en otro extremo, existen trabajos

teóricos (y por lo general de un enrevesamiento inútil del lenguaje) que carecen de aplicación concreta y clara, donde «[...]la teoría resulta adorno y no herramienta» (BRICEÑO-LEÓN 2003:78). Será necesario entonces esforzarse en un análisis donde la teoría se enraíce en la realidad y contribuya al menos a esclarecer las causas y derivaciones de los problemas, para su futura solución. Es decir, coincido con la necesidad que la sociología aplicada al campo de la salud en nuestro país, debe estar ligada a nuestra realidad social concreta; tener amplitud para moverse entre diferentes teorías útiles al análisis; y, principalmente, reflejar un compromiso con el progreso de la sociedad.

Si bien es importante recoger información cuantitativa, una investigación como esta requiere apoyarse principalmente en una metodología cualitativa, porque no se trata solo de medir los resultados del PSE en términos de cantidad de escuelas y niños atendidos, sino se trata también de cómo mi intervención como socióloga permitió ubicar problemas en la ejecución del plan y proponer soluciones, para lo que me fuera necesaria esta metodología pues sus herramientas como la observación participante o la aplicación de fichas de monitoreo con preguntas abiertas, permiten hallazgos propicios para poder analizar e implementar estrategias de aproximación y coordinación con los diferentes actores, que conlleve a una mejora en los resultados del programa del PSE a mi cargo. Por ello, la herramienta sociológica de intervención como la que reseña el presente informe, no podría hacerse en lo abstracto ni con pre-juicios, sino por el contrario, tuve que partir de una observación directa, participante de la organización que estaba estudiaba, para buscar comprender la razón de los comportamientos y las estrategias de los actores. Como afirman Crozier y Friedberg, es un «[...]método de análisis y de comprensión de la realidad social» (CROZIER Y FRIEDBERG 1990: 91).

CAPÍTULO 2: Contexto de la política de salud en el marco de la descentralización y modernización del Estado.

2.1 La descentralización y modernización del Estado peruano

La descentralización del Estado es un concepto íntimamente ligado a la visión de un Estado moderno. Se basa en la idea de que mientras más cerca esté a los ciudadanos la gestión de los servicios públicos, más adecuada y pertinentemente llegarán a ellos estos servicios, considerando que no todos los territorios o comunidades tienen las mismas necesidades, y fortaleciendo la participación ciudadana. En el Perú, es un proceso vinculado a la democratización del Estado cuyo objetivo es el desarrollo integral del país, aminorar las desigualdades existentes, por lo que se pretende la eficiencia y eficacia de la gestión pública para mejorar la calidad de los servicios que llegan a los ciudadanos. En nuestro país, este proceso de descentralización se da principalmente desde el 2002, como un modelo subnacional de competencias y responsabilidades compartidas; que requiere una distribución territorial del poder, en los distintos niveles de gobierno. Es decir, el objetivo de descentralizar el Estado implica una distribución (de la autoridad y responsabilidad social) de acuerdo con el territorio de la nación, para que todos los pobladores tengan participación en las decisiones sobre sus vidas y los servicios que reciban del Estado (BARDALEZ 2006: 37).

Y, aunque hubo intentos antes de 1992, fue el año 2000, con la caída del régimen dictatorial, que se pone en la agenda del país el tema de la descentralización, su necesidad y demanda de parte de los ciudadanos en las regiones. En el año 2002, el Congreso modifica aspectos de la Constitución centralista de 1993, y vuelve a considerarse el Perú como país unitario con tres niveles de gobierno (CONGRESO DE LA REPÚBLICA 2002a).

A partir de entonces, la descentralización es un proceso ininterrumpido, con momentos de avances y retrocesos como todo proceso complejo para cambiar las estructuras organizacionales de un Estado. Se le puede describir por etapas o hitos:

Una primera etapa, desde el año 2002 al 2006, fue de gran impulso para el proceso, con voluntades políticas positivas pues, con el cambio constitucional ya mencionado, se conforma el cuerpo jurídico que da base a una nueva estructura o arquitectura organizacional del Estado para asumir la descentralización. Se promulgaron leyes importantes como: la «Ley de Bases de la Descentralización»³, la «Ley Orgánica de Gobiernos Regionales»⁴, la «Ley Orgánica de Municipalidades»⁵, la «Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales»⁶ y la «Ley Orgánica del Poder Ejecutivo»⁷ (CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA 2014: 49-61). Por otro lado, también se dio la elección de los gobiernos regionales sobre la base de los actuales departamentos. Para el año 2005, se da un quiebre en el proceso tras el fracaso del referéndum nacional para la conformación de macro regiones, lo que más adelante sirvió de excusa para desarticular el Consejo Nacional de Descentralización (CND), instancia que fuera rectora y autónoma encargada de la conducción del proceso, y en su lugar se creó la Secretaría de Descentralización (SD), órgano de menor jerarquía.

Una segunda etapa data de los años 2006-2011, en la cual se aplica el denominado «shock descentralista», que comprendió una serie de medidas para acelerar el proceso de descentralización, impulsar y demandar que los

³ Ley 27783 «Ley de Bases de la Descentralización». *El Peruano*, julio 2002.

⁴ Ley 27867 «Ley Orgánica de Gobiernos Regionales». *El Peruano*, noviembre 2002.

⁵ Ley 27972 «Ley Orgánica de Municipalidades». *El Peruano*, mayo 2003.

⁶ Ley 28273 «Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales». *El Peruano*, julio 2004.

⁷ Ley 29158 «Ley Orgánica del Poder Ejecutivo». *El Peruano*, diciembre 2007.

ministerios transfieran sus competencias y funciones rápidamente. (UNESCO, MUÑOZ Y OTROS 2016: 81)

El tercer momento, desde el 2011 al 2016, es el quinquenio donde se encuentra una menor fuerza y avance del proceso, surgen dudas sobre este por sonados casos de corrupción dentro de las regiones, además del descontento y descrédito de la población y una acrecentada conflictividad social en regiones de elevado presupuesto público pero con deficientes servicios del Estado en materias de salud y educación, debido en parte a la incapacidad de gestión de los gobiernos regionales y locales. Todo ello llevó a que hubiera una cierta recentralización del proceso, donde algunas decisiones y presupuesto de las regiones se reconcentraron. Este momento evidencia la fragilidad institucional, no solo en el nivel regional sino sobre todo en el nivel nacional ejecutivo. (UNESCO, MUÑOZ Y OTROS 2016: 82)

Por último, existe un cuarto momento, el que se desenvuelve en la actualidad con la entrada del nuevo gobierno del Presidente Pedro Pablo Kuczynski. Ha dispuesto medidas que buscan delegar facultades y presupuesto a los gobiernos regionales a fin de concretar obras de infraestructura, así como mejorar Proinversión y la simplificación administrativa, y para esto último el gobierno central ha convocado a los gobernadores regionales para conformar el GORE Ejecutivo, espacio integrado por los ministros y los gobernadores de cada región (UNESCO, MUÑOZ Y OTROS 2016: 82).

2.2 El sector salud en el marco de su descentralización y reforma institucional

En el Perú, según la Ley General de Salud (ley 26842) la salud es un derecho y condición indispensable del desarrollo humano para alcanzar el bienestar individual y colectivo; su protección es de interés público, el Estado debe

regularla, vigilarla y promoverla. La salud pública es responsabilidad primaria del Estado⁸. Esta ley también define que: «Es de interés público la provisión de los servicios de salud»⁹ y que «[...]es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad»¹⁰. Por tanto, «[...]es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública»¹¹, y debe proveerse con equidad. Para este fin, la ley establece que la autoridad de la salud se organiza y se ejerce a nivel central, de manera desconcentrada y descentralizada¹²; y por autoridad de salud se entienden los órganos del gobierno nacional y los órganos descentralizados de gobierno, es decir los gobiernos regionales y locales de acuerdo con sus respectivas leyes y funciones¹³. De esta manera, el MINSA, órgano especializado del poder ejecutivo, «[...]tiene a su cargo la dirección y gestión de la política nacional de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud»¹⁴, y los órganos descentralizados pueden «[...]disponer, dentro de su ámbito, medidas de prevención y control de carácter general o particular en las materias de su competencia»¹⁵, mas no tienen facultades normativas¹⁶.

La descentralización del sector salud

En el caso de este sector, la descentralización parte de la necesidad de democratizar los servicios de salud, mejorar la calidad y aumentar la cobertura y acceso a estos; busca también ofrecer un servicio de salud acorde a las

⁸ Ley 26842 «Ley General de Salud». Título Preliminar, numerales I, II, III y IV. *El Peruano*, julio 1997. Pág. 151245.

⁹ Ídem. Título Preliminar, numeral VI. Pág. 151245.

¹⁰ Ídem.

¹¹ Ídem.

¹² Ley 26842 «Ley General de Salud». Título Quinto, Artículo 122°. Pág. 151251

¹³ Ídem. Artículos 124° y 125°. Pág. 151251

¹⁴ Ídem. Artículo 123°. Pág. 151251

¹⁵ Ídem. Artículo 124°. Pág. 151251

¹⁶ Ídem. Artículo 125°. Pág. 151251

necesidades y preferencias de los ciudadanos locales en donde esté ubicado el servicio, incrementar la participación de las comunidades en la provisión de estos, así como la equidad y la eficiencia en la distribución de los recursos, donde las poblaciones más marginadas sean priorizadas. Para el MINSA, como nivel rector, la descentralización le alivia la carga respecto de actividades administrativas de ejecución de servicios, con lo que puede dedicarse exclusivamente a su rol rector (LAZO 2012: 67). De esta manera, la salud pública se convierte en competencia compartida donde «[...]ningún nivel de gobierno puede desarrollar eficazmente sus funciones aisladamente sin la participación de los otros» (JIMENEZ 2012: 11).

Normatividad de la descentralización, adecuación de la estructura organizacional.

En el 2001, ya con el gobierno de transición, se emitieron un conjunto de normas que buscaron adecuar la estructura organizacional del Estado y darle viabilidad al proceso. A raíz de estas normas generales, cada sector emite su propia normatividad para dar viabilidad a la política nacional de descentralización.

En el caso del Ministerio de Salud, la «Ley de Bases de Descentralización» de julio de 2002 define a la salud pública como competencia compartida por los tres niveles de gobierno, y determina las funciones de salud a transferirse hacia los gobiernos regionales y locales¹⁷. Más adelante, en el mismo año y en el segundo trimestre del siguiente se publican las leyes orgánicas de gobiernos regionales y locales, y quedan delimitadas las funciones para cada nivel de gobierno. (Ver Cuadro n.º 1 en Anexos)

¹⁷ Ley 27783. «Ley de Bases de la Descentralización». *El Peruano*, julio 2002.

Para hacer viable el mandato de descentralización de las funciones de salud, el MINSA dispone su propia normatividad, y en agosto de 2002 se promulga la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNDCS), que impulsa la coordinación entre los tres niveles de gobierno y la ciudadanía a través de la creación de los Consejos de Salud a nivel nacional, regional y provincial. Consecuentemente, al término de la promulgación de las leyes orgánicas de gobiernos regionales y locales, el MINSA elabora en marzo del año 2005 la «Hoja de Ruta para la Descentralización de las Funciones de Salud», con el objetivo de «[...]encaminar el proceso y dilucidar qué modificaciones y adecuaciones se tienen que llevar a cabo para operativizar la descentralización»(LAZO 2012: 78); de esta Hoja de Ruta, lo resaltante es que fue hecha en base a consensos entre el MINSA y los gobiernos regionales, y trazaba un trabajo descentralizador de varios años (2006-2010), aunque esto último tuvo que modificarse con el cambio de gobierno y la aceleración que este le implantó al proceso descentralizador. En el año 2009, surge una nueva Hoja de Ruta.

Otra norma importante, en el marco de la gestión descentralizada de la salud, que se da una vez concretadas las transferencias de funciones en la mayor parte del país, es la resolución ministerial que crea la «Comisión Intergubernamental de Salud»(CIGS)¹⁸, esta CIGS cuenta con participación activa del Ministro(a) de Salud y de la Alta Dirección del MINSA, así como de los directores regionales o gerentes de salud de cada gobierno regional del país; en mayo de 2011 se incorporó al Presidente de Asamblea Nacional de

¹⁸ Resolución ministerial 871-2009/MINSA. «Constituyen la Comisión Intergubernamental de Salud». *El Peruano*, enero 2010. Comisión Intergubernamental reconocida por la Secretaria de Descentralización con Resolución de Secretaria de Descentralización 006-2010-PCM/SD. Reconocen a la Comisión Intergubernamental del Sector Salud, constituida mediante RM 871-2009/MINSA, como encargada de desarrollar los componentes de la gestión descentralizada de los servicios públicos al ciudadano. *El Peruano*, 18 de enero del 2010.

Gobiernos Regionales y a la Municipalidad Metropolitana de Lima (DOIG 2011: 52, 90-93).

En cuanto a la estructura organizacional que llevó a cabo los mandatos de toda esta normatividad, debo precisar algunas cuestiones particulares del sector salud:

Ya en el 2001, y en aplicación de las normas generales, el MINSA dispuso lineamientos para la conformación de *redes y microrredes* de salud; se concibe a una red de salud como el «[...]conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, interrelacionados por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población» (MINSA 2001a), y a una microrred de salud como el «[...]conjunto de establecimientos de salud del primer nivel de atención cuya articulación funcional, según criterios de accesibilidad, ámbito geográfico y epidemiológico, facilita la organización de la prestación de servicios de salud. Constituye la unidad básica de gestión y organización de la prestación de servicios. La agregación de microrredes conformará una red de salud» (MINSA 2001a y 2001b).

En estas normas, el MINSA también precisa orientaciones, criterios, responsabilidades y competencias de las Direcciones Regionales de Salud, las redes y las microrredes; es decir, orienta prácticamente toda la nueva estructura organizacional para descentralizar la gestión de la salud. En el 2002, promulgó una directiva para delimitar las redes y microrredes, y a fines de ese año quedaron delimitadas en todo el país, formalizándolas en el 2003 con resolución ministerial. Sin embargo, algunas formas de reorganización

quedaron pendientes, como por ejemplo los CLAS¹⁹, pues el MINSA no adecuó la relación que deben tener los antiguos CLAS con las redes y microrredes, solo estableció que los CLAS que se encontrasen en el ámbito de una red, dependerían técnica y funcionalmente de esta, mas no se definió su relación orgánica (BARDALEZ 2006: 8).

No se han creado nuevos CLAS desde el 2002, por el contrario, han ido desapareciendo estas formas de organización, aunque todavía existen algunos a nivel nacional y su principal limitación es no marchar articuladamente dentro de la estructura organizacional creada para descentralizar las funciones de salud, por lo que queda pendiente su mejor adecuación en la relación con la organización de las redes y microrredes (BARDALEZ 2006: 8-10).

El proceso de transferencia de competencias y funciones en salud

La política de transferencias en salud se ha ejecutado desde el 2003, a través de varias estrategias o momentos:

El primer momento se dio cuando los gobiernos regionales elegidos (2003) recibieron hospitales, establecimientos del primer nivel de atención, dependencias administrativas, así como recursos humanos y financieros que hasta entonces administraban los CTAR²⁰. El presupuesto general de la República del 2003 transfirió los recursos financieros a veintitrés gobiernos regionales del país; en cuanto al departamento de Lima y la Provincia Constitucional del Callao, lo concretaron el 2008 y 2009 respectivamente. La única que queda pendiente hasta hoy es la Municipalidad Metropolitana de

¹⁹ Los CLAS (Comités Locales de Gestión en Salud), fueron formas de organización que se componían de dos elementos fundamentales: La gestión local de los recursos y la participación ciudadana. Existen diferentes estudios y balances sobre sus beneficios y sus problemas. Aunque, en vista que en LM solo queda un CLAS, no resulta significativo profundizar en este tema.

²⁰ Los CTAR fueron los Consejos Transitorios de Administración Regional que se crearon durante la dictadura de 1992-2000, para sustituir la función de los gobiernos regionales respecto a la parte administrativa de los mismos.

Lima, capital de la República que cuenta con régimen especial, para la que debe aplicarse las leyes de los gobiernos regionales (UGARTE 2015: 5).

Un segundo momento está marcado por la transferencia de funciones, que son «[...]las responsabilidades que en materia de salud, fueron asignadas a los gobiernos regionales» (Art. 49 LOGR 27867). Estas se realizaron durante los años 2005-2009 de manera concertada entre el MINSA y los gobiernos regionales, de acuerdo con sus capacidades para asumir y cumplir estas nuevas funciones. Para ello, MINSA revisó y determinó en 125 el número de facultades, que son el «[...]conjunto de actividades en que se desagrega cada proceso organizacional sectorial» (Reglamento de Ley de Salud – ley 27657), de las 17 funciones que debía transferir a los gobiernos regionales. Para dar efectividad a las transferencias, se crea la Comisión Sectorial de Transferencia por parte del MINSA y la Comisión Regional de Transferencia por parte de cada gobierno regional.

Generada la transferencia, se elaboraron los Indicadores de Gestión de parte del MINSA en coordinación con la SD, como parte de los Convenios de Gestión con los gobiernos regionales; y la medición de su avance, evaluación y problemáticas serían vistos en la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), ya mencionada.

Cabe resaltar que el intento de transferencia de la atención primaria de salud a los gobiernos locales, provinciales y distritales, si bien no estaba planeada en el corto plazo, durante el «shock descentralista» de Alan García se decreta²¹ que debe avanzarse a partir del año 2007 a través de proyectos pilotos. MINSA los impulsa de manera inconsulta, imponiéndoselos a las Direcciones

²¹ Decreto supremo 077-2006-PCM. «Establecen disposiciones relativas al proceso de transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a las municipalidades provinciales y distritales». *El Peruano*. 31 de octubre del 2006.

Regionales de Salud de los gobiernos regionales elegidos y a las municipalidades. Pero estas transferencias hasta hoy no se han generado.

Para el año 2010, se habían concretado las transferencias de activos fijos, recursos humanos, financieros, unidades desconcentradas y funciones del sector salud, con su respectivo presupuesto, a los veinticinco gobiernos regionales existentes, solo quedaba pendiente la transferencia a la Municipalidad Metropolitana de Lima.

La Reforma del Sector Salud. Instrumentos de Gestión

El año 2013, durante el gobierno del ex presidente Ollanta Humala, a través de la potestad que le da el Congreso de la República²², el MINSA elabora veintitrés decretos legislativos para impulsar la reforma del sector salud en el país, con el objetivo de «[...]conseguir mayores niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios de salud»(MINSA 2013: 8). Con ellos crea los instrumentos de gestión que permiten, en síntesis, ampliar la cobertura en salud de la población, mejorar la atención, proteger el derecho a una buena atención y fortalecer el rol rector y gobernanza del sector. También organizan sus diversas funciones y buscan regular mecanismos de trabajo más coordinado entre el sector y los gobiernos regionales y locales, con el fin de mejorar la aplicación de políticas nacionales y sectoriales.

En este marco, de los veintitrés decretos legislativos promulgados, los más relevantes para el logro de los objetivos propuestos son los que tienen que ver con: la mejora de las remuneraciones del personal de salud²³; la modernización de la gestión de la inversión pública en salud que optimice, a través de

²² A través de la aprobación de la ley 30073 «Ley que delega en el Poder Ejecutivo la Facultad de Legislar en Materia de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud». *El Peruano*. 9 de agosto del 2013.

²³ Decreto legislativo 1153 «Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado». *El Peruano*. 12 de setiembre del 2013.

mecanismos de coordinación, la oferta de servicios de salud y una adecuada toma de decisiones en el manejo de los recursos públicos²⁴; el fortalecimiento a la Superintendencia Nacional de Salud, antes SUNASA hoy SUSALUD, con el enfoque de que todos los peruanos tienen derecho a la protección de su salud²⁵; y el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud (SIS)²⁶ junto con ampliar la cobertura poblacional del SIS para los emprendedores informales no pobres a través de la afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado²⁷, con la meta de cerrar la brecha de población que no cuenta con ningún seguro de salud.

A los decretos mencionados líneas arriba, se suman tres, que he diferenciado por ser relevantes, de gran impacto para el fortalecimiento del rol rector que debe cumplir el MINSA: el primero²⁸, determina y regula el ámbito de competencia, funciones y estructura orgánica básica del MINSA, así como su relación de articulación y coordinación con otras entidades; el segundo²⁹, aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud (RIAPS), que a su vez se apoya en las disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional entre las instituciones administradoras de fondos públicos e instituciones prestadoras del servicio de salud³⁰. Estas RIAPS buscan dar mayor cobertura en salud a la

²⁴ Decreto legislativo 1157 «Decreto Legislativo que aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud». *El Peruano*. 6 de diciembre del 2013.

²⁵ Decreto legislativo 1158 «Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la superintendencia nacional de aseguramiento en salud». *El Peruano*. 6 de diciembre del 2013.

²⁶ Decreto legislativo 1163 «Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud». *El Peruano*. 7 de diciembre del 2013.

²⁷ Decreto legislativo 1164 «Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado». *El Peruano*. 7 de diciembre del 2013.

²⁸ Decreto legislativo 1161 «Decreto Legislativo que aprueba la ley de organización y funciones del Ministerio de Salud». *El Peruano*. 7 de diciembre del 2013.

²⁹ Decreto legislativo 1166 «Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud». *El Peruano*. 7 de diciembre del 2013.

³⁰ Decreto legislativo 1159 «Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público». *El Peruano*. 6 de diciembre del 2013.

población, con un enfoque integral de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (atención primaria) (UGARTE 2015: 14), articular todos los centros de este tipo de atención que estén en una jurisdicción para que cubra una población determinada sin importar qué clase de seguro tenga, esto a través de convenios (entre organismos públicos) o contratos (entre organismos públicos y privados), con el fin de ampliar la oferta de servicios públicos de salud de nivel primario. Esto es importante porque restaría carga a la oferta hospitalaria. A pesar de los intentos y esfuerzos, estas RIAPS aún no están en funcionamiento. Por último, el tercero es el decreto que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS)³¹, en el cual se desconcentra todas las unidades ejecutoras que seguían a cargo del MINSA, estas ejecutoras corresponden a las del perímetro de Lima Metropolitana. Mediante la creación del IGSS se busca fortalecer el rol rector del MINSA y articular mejor los establecimientos de salud de LM, con la idea de que más adelante este Instituto o sus ejecutoras sean asumidos por la Municipalidad de Lima Metropolitana.

Problemas ocasionados en la descentralización del sector salud

En síntesis, la descentralización en el sector salud ha avanzado en:

- diseñar el cuerpo jurídico,
- diseñar nuevas estructuras organizacionales y
- realizar las transferencias (salvo en LM).

³¹ Decreto legislativo 1167 «Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud». *El Peruano*. 7 de diciembre del 2013.

A pesar de los avances, este proceso no ha estado exento de dificultades y existen problemas que persisten y que entran el mayor desarrollo de la descentralización, por varias causas:

a. Un criterio orientador uniforme.

Aún no hay un criterio claro y único que organice al sector, de tal manera que a pesar de los esfuerzos y avances, se expresa cierto desorden en la organización tanto en la rectoría como en lo que corresponde a la gestión, y los más perjudicados son los ciudadanos. El problema de fondo de la falta de un criterio claro y uniforme que oriente todo el proceso, se evidencia también en que no existe en el país una continuidad en las políticas de descentralización; cada nuevo período de gobierno presenta nuevas ideas que se entremezclan con egos personales e intereses de grupos, sumado a la «necesidad» de conseguir algún descrédito a los avances del gobierno que antecedió.

Ejemplos claros de lo mencionado suceden en la actualidad; primero, el 10 de noviembre del 2016 el Congreso de la República, con previa exposición a favor de parte de la Ministra de Salud, aprueba los proyectos de ley de desactivación del IGSS³² y luego se promulga la ley que señala que «El MINSA asume las competencias y funciones del IGSS, garantizando la continuidad de la prestación de los servicios de salud que correspondan»³³. Lo que significa que el MINSA vuelve a reconcentrar y ejercer funciones de gestión que no son de su competencia según la LOPE, y que además, en menos de tres años LM ha tenido que asumir una desconcentración y ahora debe lidiar con una nueva reconcentración de

³² Se aprueban los proyectos de ley 83 y 117 que proponían la desactivación del IGSS. Página web del congreso: <http://www.congreso.gob.pe/proyectosdeley/>

³³ Artículo 2.1 de la ley 30526 «Ley que desactiva el Instituto de Gestión de Servicios de Salud». *El Peruano*. 16 de diciembre del 2016. Pág. 606662.

todo su aparato de salud pública, lo que genera confusión en el personal administrativo y de salud, mellándose el servicio a los usuarios.

La descentralización supone un proceso de largo aliento, que debe responder a un modelo de organización sanitaria clara y continua de un gobierno a otro; entendido así, los objetivos de un proceso de tal magnitud son los que deben determinar las funciones y estructura organizacional del mismo, y nunca al revés (SOLÍS 2012: 56).

b. Cambio político mayor y participación ciudadana

Si bien se ha dado la transferencia de funciones, esta es solo una parte administrativa del proceso. Para lograr una descentralización completa en un Estado moderno que desarrolle de manera integral su territorio, se requiere algo más que solo cambios jurídicos y administrativos, se necesitan cambios políticos y culturales no solo de parte de los prestadores del servicio de salud, de las autoridades regionales y municipales, sino también de los ciudadanos. El rol activo y de veedor deberá ser del ciudadano, sentirse sujeto con derechos y deberes, que exige y al mismo tiempo propone ante sus autoridades acciones por el bien de su comunidad/distrito/región; y el rol del gobierno regional o municipal deberá virar hacia una mirada de desarrollo centrada en su población y sus necesidades. Para ello deben funcionar las mesas de participación ciudadana y de participación entre los distintos niveles de gobierno. En el caso de salud existe y está instalado el Consejo Nacional de Salud (CNS), los Consejos Regionales de Salud (CRS) y los Consejos Provinciales de Salud (CPS), solo que en la práctica no actúan como debieran, en primer lugar porque funcionan como instancias consultivas sin carácter vinculante, por lo que muchas veces los acuerdos a los que llegan no se traducen en acciones, además de no tener relación formal entre una y otra instancia.

Por otro lado, si bien se han creado los CPS, en la práctica no se registra ningún caso en que hayan funcionado, a diferencia de los CRS que sí evidencian un funcionamiento aunque es bastante desigual (y sería importante estudiarlos), pues hay casos en los que tienen eficacia y representatividad, como los hay de completa inacción. Un problema que enfrentan es que no siempre están presentes representantes capaces de tomar decisiones y muchas veces son reuniones de particularidades de las Direcciones Regionales de Salud, lo que resta importancia a la participación ciudadana y se centra solo en los problemas de gestión propia de sus redes y servicios de salud (LAZO 2012: 56).

c. Descentralización presupuestal y de recursos humanos

Hasta el momento, no hay una real o adecuada descentralización presupuestal y ello limita lo que un gobierno regional puede hacer en materia de planificación y desarrollo, si es que no tiene el control de sus recursos financieros. Cuando desde el gobierno central, a través del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), se toman las decisiones económicas para las regiones y más aún, con un escaso conocimiento de su realidad particular, estas decisiones pueden caer en la arbitrariedad. Así ocurre también, cuando no se aumentan los recursos de manera proporcional al incremento de la demanda que se genera al descentralizar servicios. Se descentraliza para que el Estado y sus servicios pueden estar más cerca y llegar a más ciudadanos, por lo que consecuentemente se incrementará la demanda de los servicios por parte de estos, lo que tiene su correlato en la necesidad de un mayor presupuesto; que haya una deficiencia en el presupuesto es una responsabilidad compartida entre el MEF, MINSA y las regiones, más aún cuando de parte de las últimas no hay un adecuado costeo del presupuesto y recursos que requieren para desempeñar cada función descentralizada, y asimismo llegar a cubrir la

nueva demanda. Definitivamente se necesitan más recursos financieros y humanos, pues las partidas transferidas han sido insuficientes y deben incrementarse para que sus objetivos sean atendidos (UGARTE 2015:6).

Por otro lado, en el caso de salud y educación el MEF se ha convertido en el «suplerplanificador» a través de crear programas estratégicos administrados por la estrategia de presupuesto por resultados (PpR); con esto último el sector salud, si bien participa, ya no comanda su planificación ni el desarrollo social en su ámbito sino opera la estrategia y planificación del MEF, el que se ve fortalecido cada vez más en desmedro del sector específico. Es decir, MINSA actúa con aceptación implícita de esto, y debilita así su función como rector y promotor de la salud pública. Por ello, el sector salud debe fortalecer la planificación y desarrollo de su ámbito; si bien es una responsabilidad compartida, recae más sobre el sector salud, pues es este el que suele no tener estrategias claras y específicas de presupuesto. Por otro lado, el MEF provee los recursos financieros, aunque los condiciona con una normatividad que hace inviable o constriñe su gasto (LAZO 2012:82-83).

Este problema se asocia directamente con otro referido a las capacidades humanas que se encuentran en los gobiernos regionales para asumir sus nuevas funciones y por ende para llevar a cabo su gasto fiscal. Esto ocurre debido a que no se han transferido recursos humanos capacitados y a que hay un pobre seguimiento y rectoría desde el nivel central para el desarrollo de estas capacidades en las regiones y para que los servicios al ciudadano no se vean mellados, por lo que es fundamental «[...]un proceso de desarrollo de capacidades políticas de conducción, gerenciales y técnicas, así como la construcción de la institucionalidad en las regiones,

que garanticen el cumplimiento pleno de las funciones transferidas» (UGARTE 2015:6).

Como bien lo indica su nombre, este capítulo contextualiza mi intervención sociológica dentro del marco de la descentralización y modernización del Estado peruano. Entender este proceso es importante para ubicar cómo se llega a la idea de crear un Instituto de Gestión de Servicios de Salud para Lima Metropolitana, lugar donde me desarrollé como socióloga. La capital del país, que tiene régimen descentralizado especial, es la única que hasta el momento no se hace cargo de la ejecución de los servicios de salud dentro de su ámbito; es así que el MINSA, con la idea de fortalecer su rol rector y se articulen mejor los servicios de salud de Lima Metropolitana, apuesta por desconcentrar de su pliego todo lo concerniente a la ejecución y prestación del servicio de salud. No alcanza aún a descentralizar, porque para ello necesita un receptor, en este caso la Municipalidad Metropolitana de Lima, y eso depende de voluntades políticas que aún no se concretan. Entonces, el paso intermedio que dio el MINSA fue desconcentrar del ministerio los servicios de salud de LM, y ponerlos bajo un solo mando: el del IGSS, a fin de que se articulen mejor, con la perspectiva de que a futuro todo el Instituto pasara a la Municipalidad de Lima Metropolitana, la que finalmente deberá brindar el servicio de salud a su población. El capítulo que sigue explica y profundiza sobre el Instituto de Gestión de Servicios de Salud.

CAPÍTULO 3: El Instituto de Gestión de Servicios de Salud en el marco de la reforma y descentralización de la salud pública en Lima Metropolitana

3.1 El Instituto de Gestión de Servicios de Salud

El IGSS responde a la necesidad de desconcentrar del MINSA todo el aparato prestador de salud pública en LM; se crea «[...] como un organismo público ejecutor, adscrito al Ministerio de Salud, que cuenta con personería jurídica de derecho público, autonomía funcional, administrativa, económica y financiera, en el marco de las políticas establecidas por el Ministerio de Salud, constituyendo un Pliego Presupuestal»³⁴. Se lo declaró «[...] competente para la gestión, operación y articulación de las prestaciones de servicios de salud de alcance nacional pre hospitalarios, y prestaciones de servicios de salud hospitalarios en los institutos especializados y hospitales nacionales; así como de las prestaciones de servicios de salud de los establecimientos de Lima Metropolitana»³⁵. También se le encargó brindar «[...] asistencia técnica en la prestación de servicios de salud hospitalarios a los Gobiernos Regionales»³⁶. Su sede principal estuvo en la ciudad de Lima, mas su jurisdicción comprendía nivel nacional y contó con órganos desconcentrados para el cumplimiento de sus fines, tal como el Servicio de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias Médicas (SAMUE)³⁷.

Las funciones del IGSS eran: funciones de conducción de la planificación, gestión, operación y prestación de servicios de salud (desde la promoción y prevención hasta la recuperación) en los institutos, hospitales y redes de salud

³⁴ Decreto legislativo 1167 «Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud». Título I. Artículo 1. *El Peruano*, 7 de diciembre del 2013. Pág. 508609.

³⁵ Ídem. Artículo 2. Pág. 508609

³⁶ Ídem.

³⁷ Ídem. Artículo 3. Pág. 508609.

de Lima Metropolitana, así como los servicios de atención móvil de urgencias y emergencias a nivel nacional; funciones de asistencia técnica a los gobiernos regionales; funciones de diseño de modelos organizacionales de gestión, en la necesidad de modernizar la gestión del Estado; funciones de promoción de la investigación científica y funciones de apoyo al MINSA con propuestas de instrumentos técnicos normativos que regulen la prestación de sus servicios de salud.³⁸

Según lo mencionado en los párrafos precedentes, se puede entender que la creación del IGSS se dio en busca de mejorar los servicios de salud pública de todo el aparato prestador de salud de Lima Metropolitana, el más importante y amplio del país, por albergar la mayor oferta en salud pública a través de sus institutos especializados, hospitales niveles II y III, y todos los centros y puestos de salud de una ciudad que concentra casi la tercera parte de la población de todo el Perú. El objetivo era generar una mejor articulación de todo este gran aparato prestador de salud, y no solo dentro de LM sino en su relación con el aparato prestador de servicios de salud de los gobiernos regionales. Es decir, el IGSS era una estructura que justamente trataba de ordenar todos los servicios de salud de LM bajo una sola conducción, con la visión de hacerlos más eficientes y solventes, por eso absorbe las redes de salud, los hospitales niveles II y III, y los institutos especializados, todos comprendidos en LM.

En síntesis, la creación del IGSS y específicamente su trabajo de gestión y ejecución de la salud pública en LM fue visto como una estrategia del MINSA para cumplir sus responsabilidades como ente rector y no termine «distráido» en ejecutar los servicios de salud, porque no es su rol.

³⁸ Ídem, Título II. Artículo 4. Págs. 508609-508610.

El caso de Lima Metropolitana

EL IGSS está enmarcado en la puesta en marcha articuladamente de los servicios de salud de LM, por ello en los siguientes párrafos enfocaré en este caso particular.

Desde la Ley de Bases de la Descentralización (julio 2002) se establece para Lima Metropolitana (LM) un régimen especial. Las competencias y funciones reconocidas al gobierno regional, son las que corresponden a la Municipalidad Metropolitana de Lima (MML), y toda mención contenida en la legislación nacional que se refiera a los gobiernos regionales, se entiende también para dicha municipalidad³⁹. Esto se especifica nuevamente en las leyes orgánicas de los gobiernos regionales y de los gobiernos locales, de 2002 y 2003 respectivamente⁴⁰.

De esta manera, tenemos que la provincia de Lima, capital de la República, es gobernada por la Municipalidad Metropolitana de Lima, que de manera excepcional cumple doble función: funciones a nivel regional-provincial (gobierno regional de LM) para el conjunto de los 43 distritos que la integran, y funciones a nivel local (gobierno local) para el distrito del Cercado de Lima. Es por esto mismo que debe recibir de parte de los diferentes ministerios funciones de gobierno regional, y desde este último funciones de gobierno local para el Cercado de Lima; para el caso de salud, la LOGR indicó que son 16 funciones que cada gobierno regional debe recibir de este sector, funciones que MINSA, a fin de darle mayor precisión y viabilidad a la transferencia, definió en 125 facultades.

³⁹ Ley 27783. «Ley de Bases de la Descentralización». *El Peruano*, julio 2002.

⁴⁰ Ley 27867 «Ley Orgánica de Gobiernos Regionales». *El Peruano*, noviembre 2002; ley 27972 «Ley Orgánica de Municipalidades». *El Peruano*, mayo 2003.

Lima Metropolitana, a pesar de ser la capital del país, concentrar la tercera parte de la población nacional y tener mayores servicios y recursos que otras regiones, constituye la provincia más rezagada en términos de recepción y descentralización de funciones sectoriales; es por ello que, en la búsqueda de la transferencia de funciones sectoriales a la MML, en mayo del 2007, se instala la Comisión Bipartita de Transferencia integrada por representantes de la Secretaría de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros (SD-PCM) y de la MML; buscaba lograr la gestión de estas transferencias, Lima Metropolitana concentraba casi todas las competencias y funciones restantes por transferir, e incluso para el año 2012, solo se habían transferido dieciocho funciones de un total de 185 correspondientes a la MML (PCM-SD 2012: 43), ninguna del sector salud.

Para dar cumplimiento a las transferencias de una manera ordenada y racional, el MINSa, así como otros sectores, realizó un proceso de reordenamiento, adecuación administrativa, organizacional y jurisdiccional, de tal manera que la provisión del servicio de salud no se viera afectada. Para el caso de LM, el MINSa reordenó los ámbitos tanto geográficos como poblacionales de las Direcciones de Salud (DISA) y de las respectivas redes de salud que comprendían estas DISA.⁴¹

Mas, recién el año 2011, con la llegada de una nueva gestión a la MML, se expresa una voluntad de retomar el proceso y recibir las funciones que le competen ejecutar y brindar al ciudadano de la capital. Para ello ambos niveles de gobierno conformaron sus respectivas comisiones y crearon concertadamente un nuevo Plan de Acción para la Transferencia de Funciones

⁴¹ Las Direcciones de Salud (DISA) son órganos desconcentrados del Ministerio de Salud, y a la vez dependientes de este. Están encargadas de ejercer la autoridad de salud sobre una jurisdicción determinada, tienen a su cargo un conjunto determinado de redes de salud, a las cuales deben dar asistencia y apoyo técnico-administrativo en gestión. Estas redes son unidades ejecutoras y tienen a su cargo la gestión de un conjunto determinado de establecimientos de salud.

Sectoriales a la MML, el cual la definía en distintas etapas hasta el año 2013; sumado a ello la Comisión Bipartita, dándole mayor prioridad a la salud pública, ubicó las funciones de salud en el segundo grupo a transferir y aprobaron los requisitos de certificación de capacidades que debían tener los receptores para gestionar las competencias que recibirían. De acuerdo con esto, ese mismo año el MINSA declara en proceso de transferencia las DISA del ámbito de LM y por la magnitud de la transferencia se forman dieciséis grupos de trabajo compuestos por representantes del MINSA, la MML y la DISA; cuya meta era tener transferidas las tres DISA con sus respectivas redes de servicios de salud, para julio del 2011 (POLO 2012: 35, 37-38).

A pesar de los esfuerzos, esta iniciativa tampoco llegó a buen puerto. Cabe resaltar que más allá de voluntades, los plazos fueron probablemente cortos para la complejidad que significa la transferencia de la salud pública de Lima Metropolitana, puesto que eran 3 DISA⁴², y 9 redes de salud con un total de 365 establecimientos de salud (puestos y centros de salud), 17 hospitales niveles II y III y siete institutos nacionales especializados de alta complejidad de atención; un aproximado de 50,370 trabajadores y un presupuesto de casi 1,700 millones de soles. La voluntad política para lograr esto debe ser sólida, sobre todo porque se suman problemas, como el que sucedió cuando empezaron estas reuniones de transferencia, que al no haberse dado una adecuada información, los trabajadores de salud se movilizaron con el argumento que una municipalización de la salud conllevaría a despidos arbitrarios, lo cual no tenía asidero real, más aún cuando ya se había transferido Lima Región y las demás regiones del país y no había sucedido tal desenlace.

⁴² Después de la reforma de salud del año 2013 quedaron dos DISA, al momento solo hay una.

Puesta en marcha del Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Dado los continuos fracasos por descentralizar los servicios de salud, y puesto que seguía pendiente la descentralización de la salud pública en Lima Metropolitana, en el año 2013 se retoma el tema desde el MINSA y se produce un avance en su reorganización. En el contexto de reforma de salud y las facultades legislativas que el Congreso de la República le había otorgado, crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), con el cual el MINSA desconcentra todo el aparato prestador del servicio de salud (que seguía bajo su cargo a través de las DISA) en un pliego aparte, con autonomía jurídica y presupuestal, para que concentre, organice y ejecute la salud pública en Lima Metropolitana, con el fin de hacerla más eficiente y el MINSA pueda dedicarse al rol rector, generador y supervisor de políticas públicas como le corresponde por ley; de otro lado, esta medida también tenía el fin de ser usada como puente para una futura transferencia a la MML, pues no se transferiría de manera compleja por partes cada DISA sino el IGSS en su totalidad o lo que corresponda de este organismo. El IGSS se pone en marcha en febrero del 2014.

A pesar del corto tiempo de funcionamiento de esta iniciativa y avance, ocurre un revés cuando algunos legisladores proponen en setiembre de 2016 derogar la ley que creó este IGSS, lo cual logran en noviembre con voto aprobatorio de diferentes bancadas y con una exposición previa de la ministra de salud a favor de esta medida derogatoria. Argumentaron que era un ente meramente burocrático y «[...]prueba de la nefasta administración del expresidente Ollanta Humala»⁴³, algunos hablaron con desconocimiento de cómo funciona la descentralización y la gestión de la salud pública, y otros por celos políticos,

⁴³ La presente cita proviene de una declaración de la Legisladora Karla Schaeffer (FP), en el pleno del Congreso de la República, del 10 de noviembre del 2016. Difundida por: <http://senalalternativa.com/politica/congreso-desactivan-instituto-de-gestion-de-servicios-de-salud.html>

el hecho es que en diciembre del 2016 se promulgó la ley que desactiva el IGSS⁴⁴, con la cual disponen que «El MINSA asume las competencias y funciones del IGSS, garantizando la continuidad de la prestación de los servicios de salud que correspondan»⁴⁵. Al promulgarse esta ley y la correspondiente resolución ministerial que da inicio a la transferencia⁴⁶, el MINSA, rector de la salud pública a nivel nacional, vuelve a ser además ejecutor de esta misma a nivel de LM, regresa a foja cero el avance y distrae nuevamente sus prioridades en cuanto retoma roles que no le corresponden como ente rector.

Sobre esto, y al margen de las contiendas por intereses políticos en el Congreso, podemos leer lo que dice un experto en la Gestión Pública de la Salud:

¿Se necesita o no se necesita un Instituto que tenga la capacidad de gerenciar el conjunto de hospitales y redes en el ámbito de LM? (porque se supone que en cada ámbito regional es el gobierno regional quien asume esa responsabilidad o la dirección regional correspondiente). Lo que venía sucediendo es que en Lima no había ninguna instancia que articule, que organice, que le dé racionalidad por ejemplo a las compras de medicamentos, de equipamiento de los hospitales, entonces cada hospital estaba librado a su suerte; entonces yo creo que esa iniciativa que se tomó en el periodo de la Ministra Midori de Habich fue positiva, se necesita una instancia de ese tipo para que sea un sistema público eficiente, y con un sistema de referencia y contrarreferencia desde el primer nivel de atención, del cual todos estamos de acuerdo hay que fortalecer el primer nivel de atención y los hospitales son el nivel superior digamos a donde se llega. Pero ¿qué cosa es lo que ha pasado? Hay mucha resistencia dentro de los propios hospitales porque se han

⁴⁴ Ley 30526 «Ley que Desactiva el Instituto de Gestión de Servicios de Salud». *El Peruano*, 16 de diciembre del 2016.

⁴⁵ Ídem. Artículo 2.1. pág. 606662

⁴⁶ Resolución ministerial 974-2016/MINSA. «Disponen inicio del proceso de transferencia de competencias, funciones, presupuesto, recursos, acervo documentario y bienes del Instituto de Gestión de Servicios de Salud al Ministerio de Salud y conforman la Comisión de Transferencia». *El Peruano*, 17 de diciembre del 2016.

formado grupos de interés dentro de cada uno de los hospitales que no quiere que haya una macrogerencia por encima, y ese es el tema, y por eso eliminando el IGSS no se resuelve el problema de la eficiencia del sistema público y yo creo que va a tener que reabrirse este debate⁴⁷.

Desde el importante hito de la reforma de salud del 2013, y luego la puesta en marcha del IGSS, en febrero del 2014, se requería hacer un adecuado seguimiento y evaluación de esta experiencia, pues como todo proceso nuevo tuvo sus avances y sus resistencias, y necesitaba mayor tiempo para desarrollar y mostrar sus frutos y lecciones, algunas de las cuales ya se dejaban ver en sus dos años de funcionamiento.

A pesar de no haberse hecho esto antes de su reciente desactivación en noviembre 2016, considero que es importante estudiar esta experiencia (y ahora más aún) pues el revés actual en el proceso de descentralización de la gestión de la salud pública en LM, puede más adelante adquirir otro curso y renovarse, así sea con otros medios o mecanismos. La experiencia del IGSS no debe perderse sino estudiarse, evaluarse, porque fue:

[...]planteada como parte de la reforma del sector la necesidad de una instancia que tenga esa función (de articular todo el servicio de salud pública de LM) que le dé mayor eficiencia en beneficio de la población, que es finalmente el objetivo que se quiere lograr, y fortaleciendo el primer nivel de atención que es donde hay que invertir, poner recursos humanos y resolver la mayor cantidad posible de los problemas que tiene la gente⁴⁸.

⁴⁷ La presente cita proviene de la entrevista al Dr. Oscar Ugarte en el programa Ampliación de Noticias – RPP. 14 de diciembre del 2016. 09:18hrs (12min.). Se puede encontrar en:

http://plataforma.ipnoticias.com/Landing?i=8rjVc38Q1fmQN9n3eazhjw%3d%3d&cac=4tCby4y5O82hTBcPdLz5Bw%3d%3d&c=O%2bRM%2fIDAu0wPEp5Nz7lsey3FvR5%2fvYzosW1DruS4ZcY%3d&utm_source=alerta&utm_medium=correo&utm_content=video&utm_campaign=videomail

⁴⁸ Ídem.

Teniendo claro a qué respondía la creación del IGSS y sobre sus funciones y objetivos del IGSS, a continuación detallo su funcionamiento interno, sea de financiamiento, recursos, administración, etc.:

Financiamiento y recursos que tenía el Instituto de Gestión de Servicios de Salud

Lo dispuesto fue que la implementación del IGSS se financiaría «[...]con cargo al presupuesto asignado al Pliego 011 Ministerio de Salud, sin demandar recursos adicionales al tesoro público»⁴⁹.

Por otro lado, los recursos de los cuales disponía eran: los ordinarios asignados en el presupuesto de la República; los directamente recaudados; los que provienen de la cooperación técnica nacional e internacional; los que se proveen a través de las donaciones y transferencias que se efectúen a su favor (dinero que provee el Seguro Integral de Salud-SIS); y otras que le designe alguna ley.⁵⁰

Se puede visualizar los dos puntos antecedentes a través de la siguiente gráfica:

⁴⁹ Decreto legislativo 1167 «Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud». *El Peruano*, 7 de diciembre del 2013.

⁵⁰ Ídem, pág. 508611

Gráfica n.º 2: Estructura de relaciones orgánicas para Lima Metropolitana



Fuente: Unidad de Planeamiento – Oficina de Planeamiento y Presupuesto – IGSS 2014

De acuerdo con lo que manda la ley, la estructura para Lima Metropolitana es la que se ve en este dibujo, donde el MINSA como ente rector está arriba de la pirámide e indica QUÉ es lo que hay que hacer en materia de salud pública para LM. Tanto el IGSS como el Seguro Integral de Salud (SIS) tenían la misma jerarquía, el primero era el prestador de los servicios y el segundo el que los financiaría, y ambos eran órganos desconcentrados del MINSA. A su vez ambas instancias debían ser reguladas o fiscalizadas por la Superintendencia de Salud (SUSALUD), la cual también es parte del MINSA como órgano desconcentrado. Una conjunción acertada de todos los servicios y sobre todo una adecuada rectoría sobre ellos, que los articule, es lo que haría que se den las condiciones para que los servicios funcionen y los ciudadanos se sientan satisfechos con su sistema de salud pública.

Gráfica n.º 3: El sector salud

Sector 11: SALUD



Fuente: Unidad de Planeamiento – Oficina de Planeamiento y Presupuesto – IGSS 2014

Funcionamiento del IGSS

Una vez creado y establecidas sus responsabilidades y competencias en la normatividad ya señalada, así como la forma en que llevaría a cabo su autonomía presupuestal, inició su proceso de instalación.

El MINSA designó, como cargo de confianza, a un médico que se encargaría de la Jefatura Institucional del IGSS, un médico con experiencia en el campo de la gestión de la salud pública⁵¹. Luego él convocó a su primer equipo; el IGSS inició su trabajo sin la transferencia de las primeras ejecutoras, por lo tanto sin autonomía presupuestal ni recursos propios; este primer equipo debía planificar y diseñar toda la estructura de la institución.

Los primeros profesionales con los que se contó eran básicamente médicos con experiencia en gestión de la salud pública, además de una abogada y un

⁵¹ Dr. Oscar Ugarte Ubilluz, ex Ministro de Salud durante los años 2009-2011

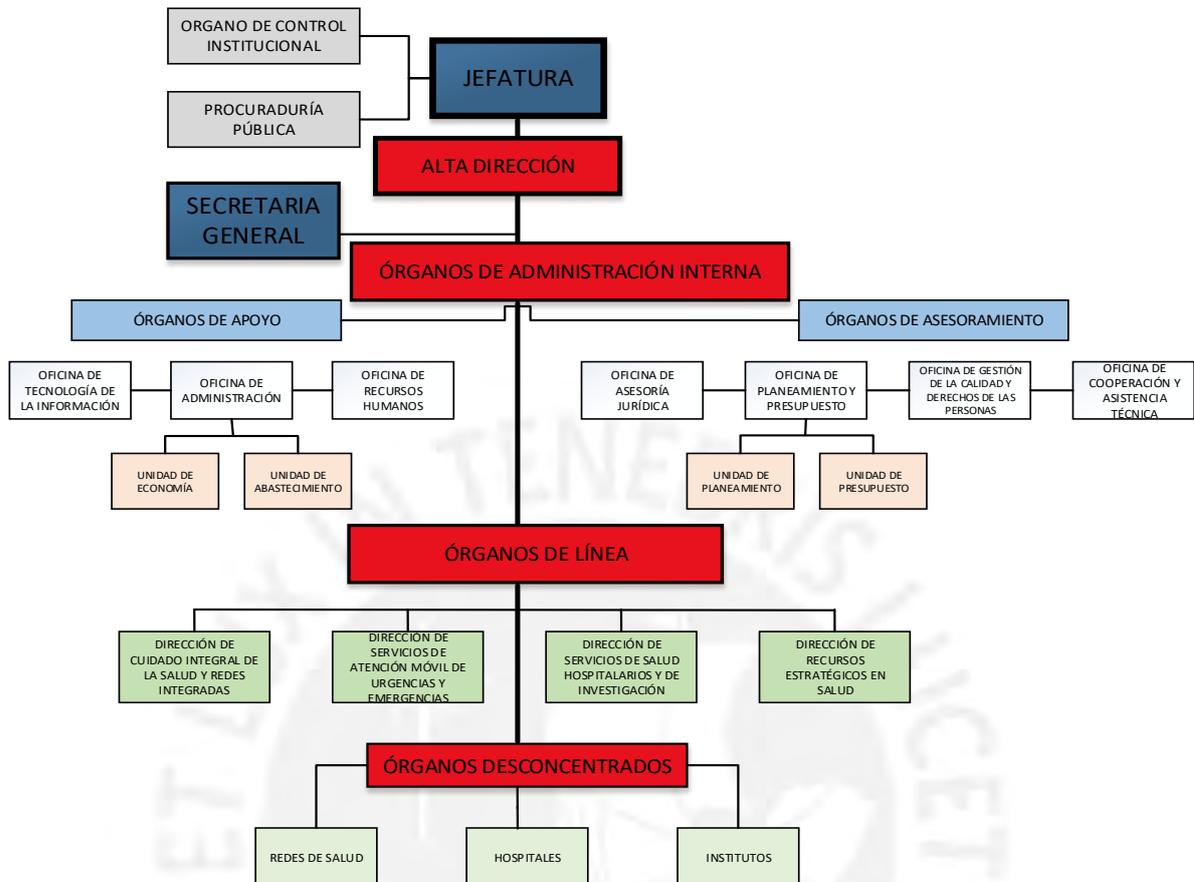
administrador para el manejo legal y de la administración interna. También buscaron a un(a) sociólogo(a), y es allí donde inicia mi participación en el IGSS. Estos profesionales contratados por la Alta Dirección formaron el equipo de trabajo inicial, que tenía a su cargo armar todo el planeamiento de acciones para dar organicidad al IGSS, además de atender la demanda de coordinaciones con otras instancias del sector e instituciones fuera del sector, así como investigar el aparato de salud pública de LM que se iba a recibir.

Las primeras tareas como equipo inicial fueron trabajar un Reglamento de Organización y Funciones (ROF), un Cuadro de Asignación de Puestos (CAP) y un cuadro organizacional. Los lineamientos claramente definidos en el decreto legislativo⁵² de su creación y plasmados en los documentos de partida institucional estuvieron destinados a articular todo el aparato prestador de salud de Lima Metropolitana, de tal manera que se mejore y amplíe, se haga más eficiente y solvente la oferta de los servicios de salud del Estado; y, puesto que LM concentra la mayor oferta de médicos especialistas de todo el país ésta debía convertirse en un apoyo para un adecuado intercambio prestacional de servicios de salud que beneficie a todos los peruanos.

Con la visión puesta en este mandato, se planificó cómo se debía organizar todo el aparato prestador de servicios de salud que sería transferido y qué puestos con sus respectivos recursos humanos necesitaría para cada oficina, unidad funcional, dirección, etc.; por lo que su estructura organizacional, después de largos debates, quedó definida de la siguiente manera:

⁵² Decreto legislativo 1167 «Decreto Legislativo que Crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud». *El Peruano*, 7 de diciembre del 2013.

Gráfica n.º 4: Estructura organizacional que tenía el IGSS



Fuente: ROF-IGSS, aprobado con decreto supremo 016-2014, 11 de julio de 2014⁵³

En esta estructura, se ve que se generaron cuatro niveles diferenciados de acuerdo con sus roles, el de más alto nivel y único que tenía jerarquía sobre los demás, era la Alta Dirección, que la presidía el Jefe Institucional y que contaba con una Secretaría General. Desde ahí, parten en línea vertical los siguientes tres niveles: los Órganos de Administración Interna (dependientes de la Secretaría General), divididos en dos funciones: los Órganos de Apoyo y los de Asesoramiento, ambos confluían y conformaban todo el aparato administrativo, jurídico, de planificación, recursos humanos y sistema de

⁵³ Decreto supremo 016-2014-SA «Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud». *El Peruano*, 11 de julio de 2014.

información que debía regir en todas las direcciones del IGSS (Órganos de Línea) y en los hospitales, institutos, redes de salud (Órganos Desconcentrados o Ejecutoras), atendiendo las demandas de estos últimos. El IGSS (Administración IGSS) era el titular del pliego y por ello, debía atender y salvaguardar las demandas de sus direcciones y ejecutores de acuerdo con lo que estos le planteaban.

El otro nivel lo conformaban los «Órganos de Línea», que fueran las Direcciones Generales del IGSS, las cuales se dividieron para agrupar racionalmente su parte operativa. Por ello, se crearon cuatro direcciones generales: la «Dirección General de Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas», que se encargaba de guiar bajo una sola dirección a todo el primer nivel de atención de LM; de la misma manera se creó la «Dirección General de Servicios de Salud Hospitalarios y de Investigación», para también guiar bajo una misma dirección a hospitales e institutos de LM; la «Dirección General de Recursos Estratégicos en Salud», encargada de velar, bajo un solo parámetro, por la buena infraestructura y por el abastecimiento de equipos y medicamentos de todos los servicios de salud de LM; y por último, la «Dirección de Servicios de Atención Móvil de Urgencias y Emergencias», que tenía alcance nacional porque debía organizar y repartir toda su flota de ambulancias a nivel nacional.

En la base de la organización se ubica el nivel de los «Órganos Desconcentrados» o las llamadas unidades ejecutoras, que son las prestadoras del servicio de salud, las que llegan al usuario final a través de sus servicios; están compuestas por las redes de salud con sus respectivas microrredes y establecimientos de salud del primer nivel de atención, los hospitales niveles II y III y los institutos especializados.

Toda esta estructura organizacional se hizo para ser guía y apoyo, para dar mayor orden a todas las unidades ejecutoras, que tengan un mismo norte y se articulen entre sí de tal manera que no sean islas en una misma provincia sino se interrelacionen y apoyen mutuamente. De esta manera se hacía también más eficiente el uso de los escasos recursos humanos y se optimizaban las compras de insumos o equipamiento. Por tanto, el objetivo final del IGSS eran sus unidades ejecutoras, y de estas el servicio al ciudadano, por ello una adecuada estandarización y flujo en los procesos, además de una buena guía, asesoría, acompañamiento y apoyo administrativo a estas, generaría la optimización de los recursos, mejores servicios y usuarios más satisfechos.

El IGSS se formó como pliego presupuestal dentro del sector salud una vez que se desactivara la DISA V Lima Ciudad, la cual se convirtió en la parte administrativa del IGSS y en su ejecutora 001: «ADMINISTRACION IGSS», de esta manera obtuvo autonomía presupuestal y fue recibiendo sus primeras unidades ejecutoras, inicialmente cuatro hospitales, y progresivamente la transferencia de todas las unidades ejecutoras (redes de salud, hospitales e institutos) de LM, que concluyó el primero de enero de 2015, como mandaba la ley.

A continuación, adentraré en la comprensión de la DGCISRI, debido a que es dentro de ella donde desarrollé la mayor parte de mi trabajo en el IGSS, aportaba dentro de sus actividades y programas como el que ahora es objeto de análisis de este informe: El Plan de Salud Escolar (PSE), que detallaré posteriormente. Sobre la Dirección en sí misma, explicaré a continuación.

3.2 La Dirección General de Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas – DGCISRI

Esta Dirección General se puso en marcha una vez que fuera aprobado por decreto supremo el organigrama organizacional del IGSS. El jefe institucional designó mediante cargo de confianza a un Director General, un médico especialista en gestión pública.

La DGCISRI, fue un órgano de línea dependiente de la jefatura del IGSS, estaba encargada de: proponer, organizar, supervisar y evaluar la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud en las direcciones de red de salud y dependencias; organizar los procesos de referencia y contra referencia; así como del fortalecimiento y supervisión de la implementación de las acciones de promoción y prevención, en los establecimientos de salud bajo responsabilidad del IGSS⁵⁴

Esta DGCISRI tenía como funciones⁵⁵:

- proponer, diseñar y supervisar el cumplimiento de los planes y programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades y daños en las redes de salud de LM, así como evaluar el impacto que producen y proponer normas al respecto. Esta función también se extendía hacia los hospitales e institutos de LM;
- supervisar la gestión, operación y prestación de servicios de salud de las direcciones de red de salud;
- recopilar, procesar y analizar la información de los servicios de salud en las direcciones de red;

⁵⁴ Decreto supremo 016-2014-SA «Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud». *El Peruano*, 11 de julio de 2014.

⁵⁵ Ídem, pág. 527499

- gestionar el sistema de referencia y contra referencia entre los institutos especializados, hospitales y direcciones de red de salud en el ámbito de su competencia;
- programar, proponer y brindar asistencia técnica en el cuidado integral y servicios de la salud a las direcciones de redes regionales y redes integradas de atención primaria, así como monitorear, supervisar, evaluar y retroalimentar el cumplimiento de los objetivos y metas de las redes integradas de salud, en el marco de las políticas sectoriales.

Ingresé a trabajar en la DGCSRI en la medida que, por las funciones que debía cumplir la dirección, se concibió la necesidad de un(a) sociólogo(a) que pueda ir al campo donde está ubicado el primer nivel de atención, para supervisar la aplicación de las estrategias y programas de salud pública de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, y que además pueda, con ese conocimiento, tener reuniones a niveles más ejecutivos con los funcionarios de las redes de salud, del mismo IGSS y del MINSA.

Más adelante, por todo el trabajo que abarcaba esta dirección, apenas lo permitió el presupuesto, se incrementó el personal, se convocó a una asistente, un estadístico, otros médicos y enfermeras (todos especialistas en gestión pública de la salud). Con este equipo más armado, y concretada la transferencia de las redes de salud al IGSS, la DGCSRI comenzó a trabajar en todas sus competencias, las cuales se verán más en detalle a continuación.

Dentro del organigrama del IGSS, la Dirección General de Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas (DGCSRI) fue considerada la columna vertebral de la institución, ya que buscaba, a través del primer nivel de atención, no solo resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población sino acercarse a ella llevándole salud.

Debido a que hoy en día existe una gran demanda insatisfecha de población que requiere atención en salud, los lineamientos de la DGCISRI pasaron a ser fundamentales, porque se necesitaba que los establecimientos de salud locales empezaran a resolver los problemas de salud específicos de su comunidad, promocionar salud y prevenir enfermedad, para que los usuarios del sistema público no acudan a los hospitales por problemas menores, pues los saturan rápidamente impidiéndoles atender todas las demandas de la población. Se concibió que la solución a la gran demanda que tenían los hospitales se resolvía con mejores centros de salud del primer nivel de atención.

Además, se entendió que estas redes deben ser las que den mayor énfasis al tema de promoción de la salud y prevención de las enfermedades. Esta Dirección era entonces la base, desde el sector salud, para viabilizar la solución del problema de salud pública de LM.

En un primer momento, en esta Dirección trabajamos dos personas y asumimos varias tareas vinculadas con la creación de toda la estructura organizativa de la DGCISRI, como por ejemplo labores de revisión documentaria, de diseño organizacional, así como de reconocimiento de la situación en que se encontraban las unidades ejecutoras (redes de salud) que pasarían a estar en la base a cargo de esta Dirección. Con esta finalidad, convocábamos a los directores de las redes de salud a reuniones semanales, en las cuales se proponía con anticipación una temática, por ejemplo: información sobre los procesos dentro de las redes, el número de recursos humanos con los que contaban, el abastecimiento de medicamentos, la calidad de la infraestructura de los establecimientos y número de estos, etc. Al mismo tiempo, se me encargaba representar a la Dirección o al IGSS para asistir a reuniones promovidas por el MINSA con las redes de salud, el Director de la

DGCISRI o la Jefatura del IGSS, entre otros, así como visitar redes y establecimientos de salud con el fin de observar y recoger información sobre su trabajo y las problemáticas que tenían; al término de estas supervisiones presentaba informes a la DGCISRI.

Como he señalado, esta Dirección desde el inicio tuvo claro que gestionaría y conduciría el trabajo de las redes de salud de LM, que son sus unidades ejecutoras, por ello asume la conducción de todos los planes y programas previamente aprobados por el MINSA y que las redes ya ejecutaban. Es decir, el trabajo de la Dirección no inicia de cero, sino que además de orientar e impulsar todo el servicio de la atención primaria, debía continuar con la aplicación de los planes en marcha como el Plan Articulado Nutricional, el programa de salud Materno Neonatal, el programa de TBC-VIH/SIDA, entre otros. Así apareció también el programa del Plan de Salud Escolar (PSE), plan ya diseñado y ordenado por el MINSA, frente al que la DGCISRI tenía la responsabilidad de supervisar, de hacer el seguimiento y control de su cumplimiento. Este PSE se ubicó, a la vez, dentro de una estrategia pública que suponía la coordinación de tres ministerios: Salud, Educación y Desarrollo e Inclusión Social⁵⁶.

De esta manera, la DGCISRI, teniendo en cuenta sus funciones y lo recopilado, se propuso el *fortalecimiento del primer nivel de atención*, que brindaría:

⁵⁶ El programa del PSE se ubicó dentro del programa marco «Aprende Saludable» del gobierno del expresidente Ollanta Humala. Este plan se aprobó en el 2013 (ley 30061/decreto supremo 010-2013-SA) junto con la incorporación de asegurados del SIS a los estudiantes de educación básica regular y especial de las instituciones públicas del ámbito del Programa Nacional de Alimentación Escolar QaliWarma. Este programa marco «Aprende Saludable», tenía como objetivo principal garantizar niños saludables que puedan captar lo que aprenden en la escuela. Para el logro de este objetivo, la estrategia fue la articulación de las actividades y programas de tres ministerios: el Ministerio de Educación, a través de las instituciones educativas del Estado; el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, con su programa QaliWarma, que da alimentación a un porcentaje de niños del total de las instituciones educativas del MINEDU; y el Ministerio de Salud, con el Programa del PSE, mediante el cual debía atender con exámenes médicos: oftalmológicos, odontológicos, nutricionales, entre otros, a un porcentaje de los niños que reciben el Programa QaliWarma.

- Mayor acceso a los servicios de salud individual, con calidad y oportunidad, en función de la cobertura universal, a través de ampliaciones de horario en los establecimientos de salud, atención complementaria y de especialistas, atención de urgencias y emergencias, y la atención de referencias y contrarreferencias.
- Acceso a servicios de salud colectiva, a través del tratamiento al componente madre - niño y su programa materno neonatal, articulado nutricional (DCI y Anemia), CRED, inmunizaciones y salud escolar; al de las enfermedades no transmisibles y las enfermedades infecciosas.

Las estrategias clave que se plantearon para lograr este fortalecimiento, fueron las de organizar la prestación de salud individual y colectiva; dotar de recursos e insumos estratégicos con oportunidad; mantenimiento y operatividad de la infraestructura y equipos; gestión y desarrollo del recurso humano en salud; y la acción sobre las determinantes sociales de la salud a través de la promoción de la salud y prevención de enfermedades, mediante la participación ciudadana, la promoción del voluntariado en salud, y la intervención en escuelas, familia y comunidad.

En las gráficas que se muestran a continuación, se puede visualizar la estrategia de fortalecimiento del primer nivel de atención, a través de campos de intervención:

Gráfica n.º 5: Se visualizan sus campos de intervención de la siguiente manera:



Fuente: Director DGCISRI-IGSS (2014)

Gráfica n.º 6: Ideal de la atención primera de la salud a través de una Red Integrada



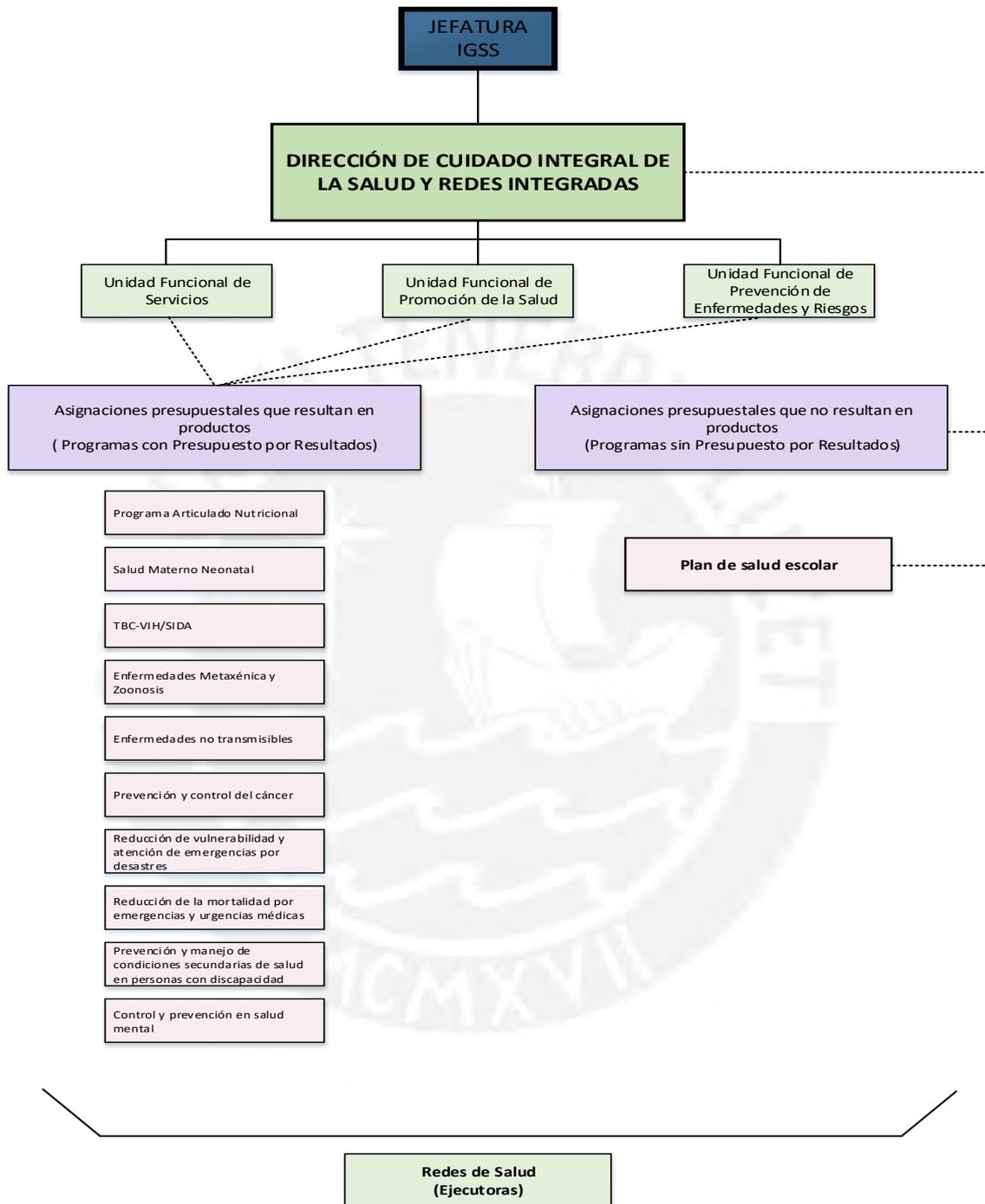
Fuente: Director DGCISRI-IGSS (2014)

Por lo tanto, como ya he mencionado, mis tareas fueron muy diversas y al cabo de un año, con la llegada de otros profesionales al IGSS y a la DGCISRI, se me asignó la labor de coordinación de Plan de Salud Escolar (PSE). Considero importante plantear aquí que en mi desempeño profesional en el IGSS, me encontré con una situación particular: era una socióloga entre muchos médicos y trabajadores de salud, ¿cómo aportar desde mi campo al avance y solución de problemas de la salud pública? Y, específicamente en las responsabilidades que se me encargaban, ¿cómo coadyuvar desde una mirada sociológica?

Las respuestas las fui descubriendo en la práctica, en el campo y especialmente en la relación con los trabajadores de salud de las redes que debían aplicar el PSE.

A fin de entender mejor cómo es que llegó a funcionar la salud pública del primer nivel de atención de LM a través de la DGCISRI y dónde se ubicaba el PSE, presento la siguiente gráfica:

**Gráfica n.º 7: Funcionamiento del primer nivel de atención –
 DGCISRI, Programas de salud pública, PSE y redes de salud**



Fuente: Asistente de la DGCISRI-IGSS
 Creación propia

El primer nivel de atención de la salud pública se lleva a cabo a través de diversos programas, por lo que el financiamiento para su ejecución llega a través de programas con presupuesto por resultado; estos son diez programas, sus actividades están costeadas y tienen específicas de gasto, lo que quiere decir que su presupuesto está protegido y solo puede utilizarse en las actividades que le corresponden.

Sin embargo, hay programas que resultan de un proceso más político, de un compromiso electoral por ejemplo, ideas nuevas para las que no se toman el suficiente tiempo de estudio por la necesidad de iniciar su ejecución a la brevedad posible, puesto que los procesos en el Estado son largos pero los tiempos de gobierno para cumplir compromisos son cortos. Ese es el caso del programa del PSE.

Como se muestra en la gráfica n.º 7, la DGCSRI dependía directamente de la jefatura institucional y, una vez establecida en el organigrama del IGSS, formalizó su propia estructura, y creó tres unidades funcionales: la unidad funcional de servicios; la unidad funcional de promoción de la salud; y la unidad funcional de prevención de enfermedades y riesgos. Todas ellas debían velar por el buen desempeño de los diez programas de salud pública que contaban con asignación presupuestal resultante en productos y que eran ejecutados por las redes de salud; esto lo hacían a través de asistencia técnica, así como de supervisión y del seguimiento presupuestal y de metas.

Fuera de estos programas -digamos formales- de salud pública, se puede ver el Plan de Salud Escolar, ubicado dentro de las asignaciones presupuestales que no resultan en productos. Como ya he mencionado, se me encargó ser la coordinadora de este programa, debiendo hacer supervisión, asistencia técnica y seguimiento presupuestal y de metas; para el caso del PSE el

seguimiento presupuestal era un tema complicado, pues al no ser un presupuesto por resultados, no estaba protegido, por lo que se requería constante supervisión del presupuesto para que la red no lo destine a otros fines poniendo en peligro el cumplimiento de las metas de este programa.

Por otro lado, es evidente que el PSE tenía problemas de diseño, pues no estaba claro el presupuesto por niño a ser atendido, y no llegaba a cubrir todos los requerimientos e insumos necesarios. Es un programa que, aunque esta DGCISRI no diseñó, le correspondió impulsar y garantizar su cumplimiento a través de las redes de salud.

En síntesis, en este capítulo he explicado qué era el IGSS, qué funciones debía cumplir, cuál era su estructura organizacional y dentro de ella, explico con qué objetivos se creó una Dirección como la DGCISRI. De esta última también específico su rol y funcionamiento, de modo que se pueda ver y entender dónde me desarrollé como socióloga y dónde se ubicó el programa del PSE del cual estuve a cargo y es objeto de esta intervención sociológica. El siguiente capítulo, el de mi experiencia profesional, es el capítulo central de este informe, donde detallaré mi intervención sociológica en el programa del PSE.

CAPÍTULO 4: Mi experiencia profesional en el programa del Plan de Salud Escolar

Como ya he señalado, mi experiencia profesional en la recién creada DGCISRI (órgano de línea dependiente de la Jefatura del IGSS) abarcó, en un lapso de dos años, varias labores y responsabilidades; dentro de ellas, de la que voy a dar cuenta en este capítulo es de mi experiencia como Coordinadora del PSE, pues a esta me dediqué de lleno de manera continua y permanente durante un año (desde que el IGSS asumiera este programa) y es donde desarrollé, de manera más específica, mis habilidades como socióloga. Por lo tanto, es desde este programa puntual que voy a mostrar las vinculaciones y relaciones que existieron entre los diferentes actores del sector salud, involucrados en la ejecución del PSE para LM.

Cuando asumí la coordinación del PSE, mis funciones consistieron en establecer y liderar las relaciones necesarias con todas las redes de salud de LM para la viabilidad del programa, así como ser el nexo entre el MINSA, el SIS y las oficinas de apoyo del mismo IGSS, con estas redes; debía verificar la oportuna ejecución del programa, que no hubieran atrasos en los servicios que se daban en las escuelas, y de encontrarlos, descubrir qué entrampaba su adecuado funcionamiento, de manera que, ubicado el problema, generara la coordinación necesaria entre las instancias correspondientes para resolverlo y se siguiera el avance sin dilaciones.

La compleja realidad que encontré durante mi desempeño como coordinadora del PSE, se evidenciaba en distintas dimensiones:

- Por un lado, la dimensión del conocimiento de la dinámica del sector salud, en un contexto de cambio organizacional, dentro a su vez del continuo

proceso de descentralización. Por cambio organizacional me refiero a la reforma que gestó y puso en marcha a una instancia de salud recién creada: el Instituto de Gestión de Servicios de Salud-IGSS. Esto había implicado una modificación en la estructura del sector salud que, si bien respondía al proceso descentralizador, también es cierto que enfrentaba muchas resistencias, pues rompía con el esquema establecido y que hasta el momento ningún gobierno había podido romper, por lo tanto, el reto suponía poder abordar con legitimidad la rectoría del sector y la ejecución, a través del IGSS, de la salud pública en LM. Cabe resaltar que las resistencias no se presentaron solo desde los órganos desconcentrados que pasaron al IGSS (institutos y hospitales principalmente, porque las redes de salud se mostraban a favor de estar dentro de la estructura del IGSS), sino también se expresaron desde el órgano rector MINSA, puesto que este desde su creación ha sido no solo rector sino gestor y ejecutor de la salud pública en el país. El MINSA había pasado por la pérdida de la ejecución de la salud pública en las regiones y ahora ocurría lo mismo en LM, lo que algunos funcionarios interpretaron como una pérdida de recursos y de poder sobre las ejecutoras de salud de la capital, no quedándoles claro cuáles pasarían a ser sus funciones con el IGSS en marcha. No hubo una estrategia adecuada de información y capacitación acerca de la reforma del sector hacia sus trabajadores, lo que se tradujo en desconocimiento, miedo, resistencia a los cambios y una continuidad de zancadillas a la funcionalidad del IGSS.

En este contexto, tuve que sumergirme en el conocimiento del sector, de la reforma y sus decretos legislativos, de las leyes previas, para conocer las modificaciones que se proponían en su estructura, lo explícito pero también lo implícito de su funcionamiento, y entender su lógica. Para esto último me resultó muy útil escuchar a los médicos que gestionaban los

órganos desconcentrados del IGSS, quienes mostraban deseos de que los cambios que se proponían (así tuvieran divergencias con algunos de estos) se logren de la manera más óptima, por lo que se avocaban a impulsarlos. De todos estos temas tenía escasos conocimientos previos, por ello tuve que sumergirme en ese aprendizaje desde mis primeros momentos en el IGSS, para poder cumplir y aportar con la mayor claridad en las tareas que se me encargaban, así como para tener una mejor comprensión de las intrincadas relaciones que se daban entre los diferentes niveles del sector: de rectoría, gestión y ejecución de los programas de salud y los múltiples problemas por resolver en la ejecución del PSE.

- Otra dimensión es la que me interpeló como socióloga, respecto a las competencias disciplinarias que se relacionaban con habilidades que debía desarrollar y conocimientos que tuve que adquirir. Así por ejemplo, me propuse investigar sobre la participación de la sociología en el campo de la salud y sus posibilidades de aportar en él (lo que tampoco conocía hasta entonces puesto que, como mencioné al inicio de este informe, la sociología de la salud no es algo que se haya desarrollado en el Perú), lo que a su vez me exigió buscar herramientas de análisis adecuadas para tentar, con los mismos trabajadores de salud, soluciones concretas. Es decir, la realidad misma me demandaba un compromiso con esta acción colectiva (tal como advierte Touraine que le ocurrirá al sociólogo en una intervención de este tipo), y debo decir con sinceridad, que inicialmente mi aproximación al análisis organizacional fue más intuitiva o de criterio, mas, lo que quiero resaltar es que su aplicación demuestra cómo la sociología sí puede (y debe) dar respuesta a las interrogantes sobre cómo estudiar las complejas relaciones en una organización, y ayudar a los actores a descubrir problemas de fondo que le impiden cumplir plenamente sus objetivos y metas.

Al tener que profundizar conocimientos sobre estructuras organizacionales y cómo se vinculan en ellas los actores, encontré mayores posibilidades para aportar desde una postura de enlace entre los niveles de la organización. Esa ubicación de línea estratégica me exigió desarrollar una serie de habilidades: en primer lugar, de relaciones humanas, para comunicarme con todos los actores de diferentes niveles, desde el personal de base de las redes de salud, los funcionarios medios, hasta el nivel viceministerial; en segundo lugar, habilidades técnicas para comprender los procedimientos del PSE, para hacer seguimiento y corroborar datos, por ejemplo aprendí sobre los procesos de las redes para adquirir insumos, a hacer el seguimiento de ejecución presupuestal a través de la página web de consulta amigable del MEF, a manejar mejor herramientas tales como los aplicativos web de información, el Excel, entre otros; y por último, habilidades conceptuales, pues la intervención sociológica me llevó también a ubicar el trabajo dentro del enfoque de *Gestión Descentralizada* y sus orientaciones posteriores sobre el proceso de descentralización de LM.

- Una tercera dimensión fue la de mis propias competencias. Como socióloga, mis competencias en términos de manejo teórico se basaron en lo que es el Análisis Organizacional, poniéndolo a disposición en mi labor de coordinadora de este PSE, con una mirada crítica y al mismo tiempo comprometida con toda la estructura de la organización de salud en LM; de la misma manera ocurrió con mis conocimientos acerca de la intervención sociológica. Ambos recursos me proporcionaron criterios de acercamiento a realidades diversas y sobre todo poder generar mecanismos de coordinación entre instancias. A su vez, lo complementaba

con competencias prácticas, respecto a técnicas de ejecución y monitoreo de proyectos.

Recalco que mis conocimientos teóricos eran mucho más avanzados que los prácticos, por lo que sentí que mi formación había sido básicamente teórica y esto me hacía ver la tarea muy compleja. Mas puedo afirmar que es definitivamente allí, en la aplicación práctica, cuando uno logra asimilar mejor y más conscientemente las teorías sociológicas.

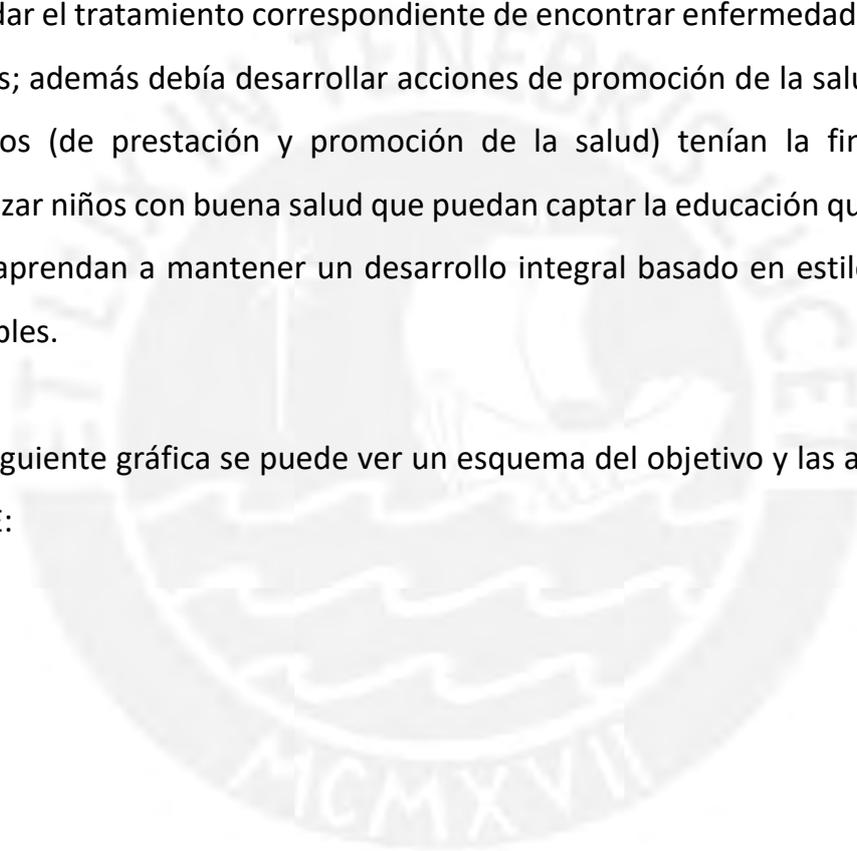
- Por último, una dimensión interesante fue que, si bien de parte de un grupo de médicos se expresaba resistencias a la participación de una socióloga en el IGSS, encontré otro grupo que tuvo una actitud diferente. Por un lado, en este mundo de médicos, parecían querer de mí que todo lo supiera de antemano, que por ser socióloga debía no solo diagnosticar sino de manera anticipada resolver los temas que diagnosticaba, como si el diagnóstico ya debiera contener la solución, y como si el sociólogo fuera un mago y a la vez un charlatán. Pude constatar que los médicos entraban en contradicción respecto a mis funciones. Tuve que superar tensiones con varios de ellos, sobre todo los de mayor edad. Pero, también encontré ayuda en médicos y otros profesionales de la salud que me enseñaron y dieron herramientas para poder desarrollar lo que estaba dentro de mi campo, resultándoles muy útil, como por ejemplo en mi desempeño como coordinadora del programa del PSE. Con esta actitud más amplia y positiva, pude desarrollar mis propias estrategias de poder. Al mismo tiempo, me di cuenta que si bien es imposible saberlo todo, tenía la base de conocimientos; aunque entrar a un nuevo campo de trabajo es un nuevo reto y hay que aprender y adaptarse a sus particularidades, para desarrollar y aplicar allí nuestros conocimientos previos como sociólogos.

En síntesis, ha sido un constante y necesario «ir y venir» como socióloga, en el campo teórico (de estudio) y el de trabajo (empírico).

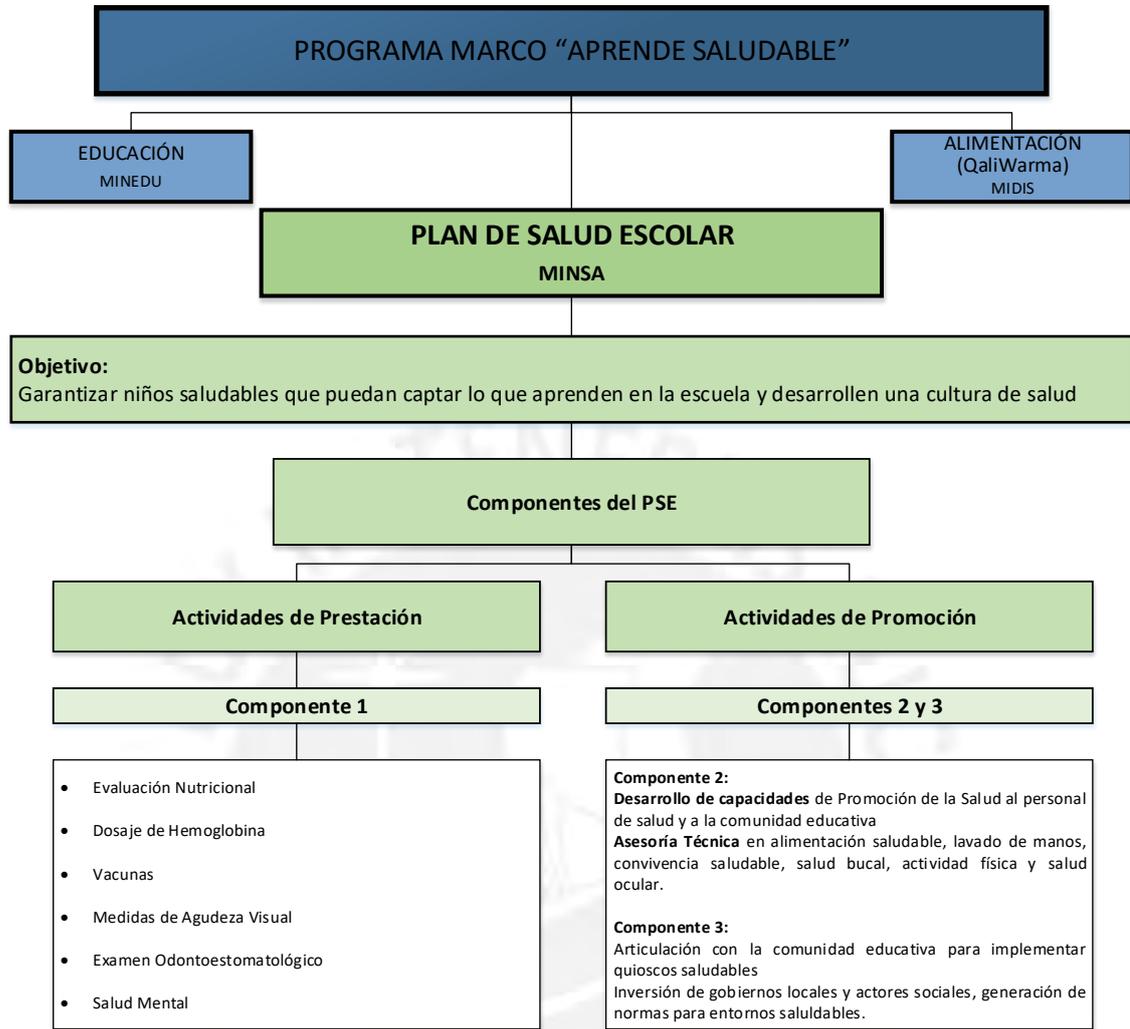
4.1 El caso del programa del Plan de Salud Escolar y su implementación en Lima Metropolitana

En cuanto al programa del PSE, sus objetivos eran detectar riesgos y enfermedades en los escolares de inicial y primaria de las escuelas públicas, así como dar el tratamiento correspondiente de encontrar enfermedad en alguno de ellos; además debía desarrollar acciones de promoción de la salud. Ambos objetivos (de prestación y promoción de la salud) tenían la finalidad de garantizar niños con buena salud que puedan captar la educación que reciben, y que aprendan a mantener un desarrollo integral basado en estilos de vida saludables.

En la siguiente gráfica se puede ver un esquema del objetivo y las actividades del PSE:



Gráfica n.º 8: Plan de Salud Escolar



Fuente: Cuadro de presentación Coordinadora Nacional del Plan de Salud Escolar- Dirección General de Salud de las Personas-MINSA. 2015.
Creación propia

Como he mencionado anteriormente, cuando ingreso como coordinadora al PSE, este programa ya tenía asignado un presupuesto, unas actividades y metas. Es necesario precisar que este presupuesto, actividades y metas se hicieron desde el MINSA y el SIS, y este último no tomó en cuenta de manera adecuada algunos costos que también implicarían las actividades programadas por el MINSA. Ocurrió de esta manera porque al no ser un programa con presupuesto por resultados, no tenía un estudio detallado de cuál era el costo

real de cada actividad de prestación y promoción de la salud por niño a atender, no existía el dato del costo unitario, y al respecto tampoco hubo un estudio y coordinación con los ejecutores finales; sencillamente se asignó un presupuesto sin estandarización de sus procedimientos y resultados. Por la misma razón hubo confusión y desorden respecto a qué escuelas abarcaría, de tal forma que las ejecutoras del IGSS se vieron obligadas a tomar una decisión y delimitar su campo de aplicación. Se decidió ejecutar el PSE solo en aquellas escuelas donde se aplicaba también el programa QaliWarma. Por lo tanto, recibo la responsabilidad de coordinar un programa previamente definido, que no mostraba claridad sobre los criterios que llevaron a decidir sus actividades, presupuesto y metas correspondientes.

El presupuesto del PSE para LM, en el año 2015, fue de: S/. 14.663.809 millones, repartidos en diez unidades ejecutoras del Pliego IGSS.

Las metas que se habían establecido eran, en cuanto a prestaciones de salud, de: **80% de escolares** de inicial y primaria del ámbito de QaliWarma, lo que equivalía a 237.319 escolares por atender. En cuanto a promoción de la salud, fue de: **60% de escuelas (502 Instituciones Educativas-IIEE)**, las del ámbito donde se daba la prestación de salud.

El Seguro Integral de Salud (SIS), a través del IGSS, asignó a las Unidades Ejecutoras-UUEE de este (hospital Huaycán y redes de salud dependientes del IGSS) el presupuesto para la ejecución del PSE⁵⁷. A su vez, la administración del IGSS, lo incorporó a estas redes y hospital, encargándoles realizar las actividades del PSE⁵⁸. De otro lado, a la Dirección General del Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas (DGCSRI), se nos asignó la responsabilidad de

⁵⁷ Mediante resolución jefatural 045-2015/SIS. *El Peruano*. 28 de febrero del 2015.

⁵⁸ Mediante resolución jefatural 060-2015/IGSS. Portal web del IGSS. 11 de marzo del 2015.

velar por que las redes de salud a cargo de esta dirección, ejecuten dichas actividades en las escuelas asignadas a cada una de estas redes y al hospital Huaycán (que, por tener población asignada, fue insertado en la ejecución del PSE).

Por lo tanto, gestado el marco normativo, objetivos, actividades, metas y presupuestos del PSE para Lima Metropolitana, el programa para el año 2015 quedó listo para ser implementado.

Primeras reuniones y toma de acuerdos para la implementación del PSE

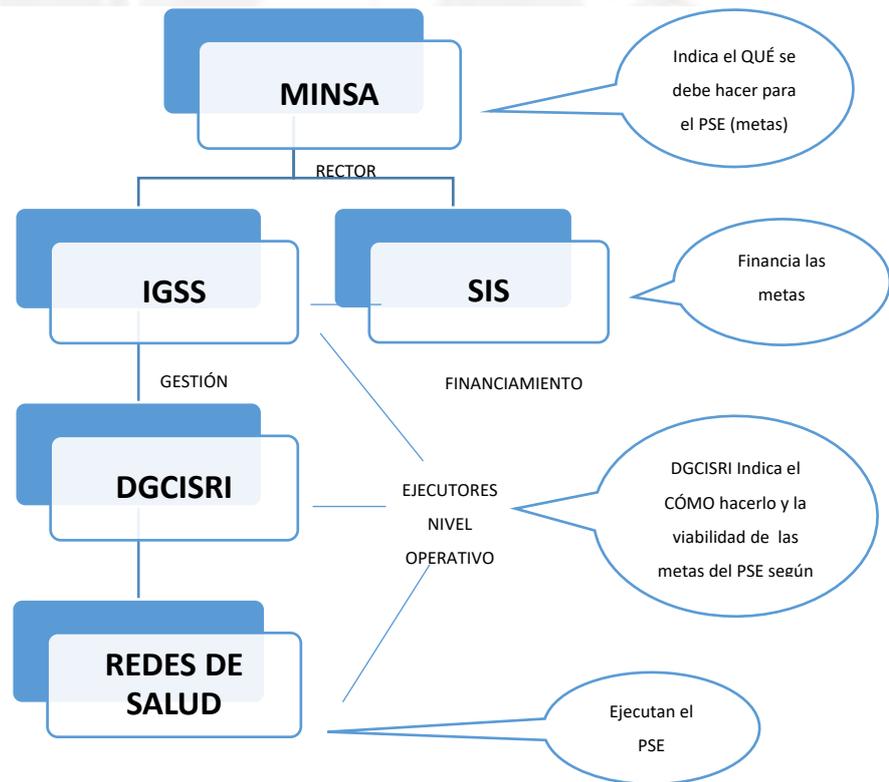
En Lima Metropolitana, el PSE se implementó y dio inicio entre marzo y abril del año 2015; antes de ello, se llevaron a cabo reuniones tanto a nivel de la alta dirección entre los diferentes entes (rector, ejecutor y de financiamiento), como reuniones con el nivel más operativo.

En este primer momento, de reuniones para la toma de decisiones y planificación de actividades concretas (como por ejemplo de impulso inicial del PSE y el sistema de recojo de información, entre otras) asistí como observadora activa. Esa primera entrada como observadora, fue realmente una oportunidad de aprendizaje, pude escuchar y analizar las dinámicas de estas reuniones, lo que me resultó positivo al momento en que asumí la coordinación total; de otro lado, esto mismo me permitió una posición más autónoma y mirada analítica, casi externa. Pude identificar aquí que, si bien el PSE era un programa con objetivos positivos, como llevar atenciones de salud a los niños en sus escuelas, tenía problemas de diseño y presupuesto que ya no podíamos modificar, de esa manera llegó y debíamos ejecutarlo a la brevedad posible porque el tiempo apremiaba. El siguiente problema que encontré fue que, desde el año 2014 hasta el 2015, habían ampliado significativamente la cobertura del programa, sin un incremento de

presupuesto proporcional a las nuevas metas y sin tener en cuenta la capacidad que habría de ejecución.

En estas reuniones iniciales, las autoridades del sector salud –MINSA- indicaron qué servicios se debían dar y qué se esperaba obtener con este programa (metas); a su vez, las autoridades del IGSS, por ser los encargados de la gestión y ejecución de la salud pública en LM a través de su DGCISRI y las redes de salud, especificarían cómo se haría y la viabilidad objetiva de las metas contempladas según el presupuesto asignado. Lo señalado se puede ver gráficamente de la siguiente forma:

Gráfica n°9: Especificación de funciones de cada nivel para el PSE



Creación Propia

Se acordaron responsabilidades en los tres niveles (rector, de gestión y de financiamiento), como la necesidad de elaborar informes trimestrales y uno anual no solo del gasto que se ejecutaba sino también de las metas que se alcanzaban, todo ello en base a la retroalimentación de los ejecutores directos del PSE.

Por otro lado, se definió también el lanzamiento del programa del PSE en medios, como las radios locales, y se estableció un cronograma de inicio de actividades por cada ejecutora:

Cuadro n°2

Cronograma de Inicio de Intervención del Plan Salud Escolar en Lima Metropolitana	
Red de Salud	Fecha
San Juan de Lurigancho	9 de marzo
Túpac Amaru	6 de abril
Barranco-Chorrillos-Surco	6 de abril
Lima Ciudad	15 de abril
San Juan de Miraflores - Villa María del Triunfo	15 de abril
Villa EL Salvador-Lurín-Pachacácamac-Pucusana	17 de abril
Lima Norte IV (Puente Piedra)	20 de abril
Rímac-San Martín de Porres-Los Olivos	21 de abril
Lima Este Metropolitana	14 de mayo

Fechas corresponden al año 2015
Creación propia

Además, para que el IGSS pueda conocer permanentemente sobre el avance del programa, se estableció el uso de la ficha única para la atención integral del PSE, así como el sistema informático que serviría a las redes de salud de LM para ingresar los datos de la ficha y así tener la información en línea; este sistema se hizo en base al aplicativo web de la red de salud de San Juan de Lurigancho (S JL), desarrollado con éxito por esta misma red durante el año 2014 y que tuvieron a bien proporcionárnoslo y apoyarnos en su implementación con las demás redes. Por otro lado, la Oficina de Tecnologías

de la Información del IGSS (OTI-IGSS) sería la que concentraría la información de todas las redes, proveyendo el 'hosting' (espacio de almacenamiento en red) y, en trabajo conjunto con la red de salud de SJL, se daría el soporte para la implementación en todas las redes de salud del ámbito del IGSS.

Cabe resaltar que, establecido el comienzo de actividades del PSE, y siendo que el año escolar comienza en marzo, las ejecutoras -redes de salud- empezaron a trabajar en estas actividades. El problema es que avanzaban sin cronograma específico unificado y, sumado a ello, mientras ejecutaban debían hacer algunas modificaciones, como por ejemplo incluir actividades en el área de promoción de la salud que no estaban consideradas en la programación; la Dirección correspondiente a estas redes en el MINSA exigía estas actividades de manera extemporánea (hacia finales de abril, cuando el presupuesto del PSE había llegado en marzo y ya se habían especificado las actividades de prestación de salud a realizar); por lo tanto, el presupuesto ya tenía otra planificación pero extemporáneamente les pedían reajustes; un ejemplo más de estas modificaciones iniciales fue el retiro de alguna escuela o la inclusión de otra. Todo ello generaba atrasos y poca efectividad del programa.

A pesar de estos problemas, las redes tenían que avanzar porque el programa existía, era mandato, y la población ya lo conocía y lo exigía. Una vez puesto en marcha el PSE, mi responsabilidad era garantizar que se implementen y cumplan las atenciones a los niños, las actividades de promoción de la salud, además que se ejecute el presupuesto y no se devuelva por incumplimiento o incapacidad de gestión. Pronto fui consciente que los problemas en el diseño del plan generaban muchas consecuencias negativas en su ejecución, como el inicial desorden y falta de claridad que llevó a contramarchas, teniendo que hacer reajustes en las actividades, en su cronograma y en la definición de escuelas. Como era previsible, derivado de tales problemas iniciales, durante

el desarrollo de la aplicación del programa se fue haciendo evidente un atraso en el cumplimiento de las metas concretas. En ese momento, mi gran reto fue resolver los problemas en la ejecución del PSE, que para mitad de año era muy baja, no cubría más del 20% en lo prestacional y 5% de ejecución presupuestal. Para ello planteé realizar un monitoreo a cada red de salud y el hospital Huaycán, pues se necesitaba descubrir las problemáticas puntuales de cada ejecutora y hacer el seguimiento específico correspondiente, si queríamos lograr resultados en el corto tiempo que quedaba.

4.2 La elaboración del monitoreo

Este fue un segundo momento en mi intervención y, a diferencia de mi participación casi como observadora externa en las reuniones iniciales, ahora mi labor me demandó entrar de lleno en el campo, incluso ponerme en el lugar de los actores directos (ejecutores finales o de campo del PSE, por cada red de salud y hospital Huaycán), a fin de comprender la lógica de las situaciones que se presentaban y del *juego de estructuras* que se daba en la realidad. En ese momento, como mencioné en el párrafo anterior, me propuse realizar un monitoreo⁵⁹. Fue de utilidad y aprendizaje el acercamiento y participación que como socióloga me dio, para adentrarme en la compleja acción colectiva de los ejecutores del PSE.

⁵⁹ El monitoreo entendido como «[...] un examen continuo o periódico que se efectúa durante la implementación de un proyecto. Su objetivo es “indagar y analizar permanentemente el grado en que las actividades realizadas y los resultados obtenidos cumplen con lo planificado, con el fin de detectar a tiempo eventuales diferencias, obstáculos o necesidades de ajuste en la planificación y ejecución” (SIEMPRO y UNESCO, 1999)». «A diferencia de la evaluación, el monitoreo es el seguimiento que se realiza durante la ejecución de una política, programa o proyecto (las 3P). Aunque incluye una dimensión técnica, no se agota en ella. Por el contrario, es un instrumento, de gestión y de política, que permite revisar en forma periódica los aspectos sustantivos de las 3P, para optimizar sus procesos, resultados e impactos. Constituye un insumo indispensable para la gestión administrativa y estratégica de una iniciativa pública» (DI VIRGILIO 2012: 45).

En síntesis, consideré necesario y urgente hacer este monitoreo porque necesitaba tener un seguimiento detallado de la ejecución del programa, así como obtener información para comprender más ampliamente las razones del poco avance que se mostraba. Además, extrañamente, los informes que me hacían llegar eran muy desiguales respecto a los logros que se podían ver registrados vía el aplicativo web, incluso al interior de una misma red de salud la información no coincidía. Por todo ello, hice el monitoreo in situ, visité cada red de salud y el hospital Huaycán en reiteradas ocasiones; de tal manera que fui descubriendo en el campo qué sucedía, cuáles eran los entrampes en cada una de las ejecutoras, y así, en el mismo lugar, hacía los cambios necesarios en función de optimizar los procesos y alcanzar las metas del plan.

Para la creación de este instrumento revisé la teoría estudiada en la universidad sobre «Diagnóstico y Diseño de Proyectos»; también revisé temas de proyectos por Internet, a través de páginas como las de Unicef o Care, sobre qué implica un monitoreo, así como la forma de encontrar los mejores espacios y circunstancias que le den viabilidad, para lograr la información que se requería.

Opté por trabajar con fichas, y las elaboré en forma de cartillas, una para el componente 1 del PSE (actividades de diagnóstico y prestación de salud) y otra para los componentes 2 y 3 (actividades de promoción de la salud). Ambas cartillas las diseñé para llenar en ellas la información que necesitaba recabar sobre el avance en la ejecución de actividades programadas; tenían preguntas cerradas (que tomé de la ficha única para la atención integral del PSE), y además, preguntas abiertas; con las primeras buscaba saber el avance cuantitativo del PSE por cada actividad, y con las segundas (preguntas abiertas) buscaba indagar sobre las razones de los posibles retrasos, todo ello según lo que se encontrase en las respuestas de las preguntas cerradas, pues concebí

que la aplicación debía hacerla o complementarla yo misma junto con la coordinadora, en el lugar correspondiente de cada red y el hospital Huaycán.

Desarrollado lo anterior y de acuerdo con ello, debía tomar la decisión sobre cómo aplicar el monitoreo. Para darle formalidad, elaboré un memorándum que fue firmado por la DGCISRI, mediante el cual hice llegar a cada una de las ejecutoras del PSE las cartillas de monitoreo, a ello agregué las fechas de visita a cada lugar para recoger y complementar personalmente las cartillas. La estrategia que empleé fue la de capacitar primero en el llenado de las fichas a las coordinadoras del programa, de manera que cuando visitara a recabar la información ya la tuvieran lista; en primera instancia mi decisión fue capacitarlas en sus oficinas, pero como algunos lugares eran muy alejados, por un tema de optimización de los tiempos solo en algunos casos logré capacitarlas personalmente y con otras lo hice por diferentes medios, sea telefónicamente o a través de mails; así, absolvía sus dudas, haciéndoles saber a todas que si no entendían algo o tenían algún problema podían y debían comunicarse conmigo; siempre busqué un contacto directo con cada coordinadora. De esa manera fueron capacitadas las diez coordinadoras.

Como hice mención, las fichas que apliqué tenían varios campos de análisis, pues me propuse averiguar el cumplimiento de actividades a manera de un estudio. Mi interés no era únicamente saber la cantidad exacta de lo ejecutado porque eso solo me daría información cuantitativa sobre lo avanzado (cantidad y tipo de actividades realizadas, cantidad de escuelas intervenidas y de niños a los que se había atendido o estaban atendiendo), algo que de alguna manera ya se sabía atrasado, sino mi interés principal era averiguar y analizar qué pasaba, por qué había retraso en la ejecución del presupuesto y actividades, para poder resolver y avanzar; por lo que consideré también otros campos de análisis, como son:

- Los procedimientos que planificaba y ejecutaba cada red para el cumplimiento del plan.
- El equipamiento e insumos con los que contaban para la ejecución de las actividades, así como las dificultades que se presentaban en su adquisición y las estrategias que aplicaban o no para resolverlas.
- La asignación del presupuesto en su red.
- La valoración de los operadores sobre los desafíos que enfrentaban y las sugerencias que tenían para mejorar la ejecución del PSE en su ámbito específico y como programa.
- Los mecanismos de coordinación/articulación con los gobiernos locales, así como las entidades educativas (y UGELES); también la relación con los docentes y la participación de los padres de familia.

Luego inicié las visitas a cada red de salud para reunirme con las coordinadoras y otros operadores responsables del PSE, y así recogí la información de las cartillas. Fue durante estas visitas que entablé conversación y relación de confianza con las mismas ejecutoras responsables, hice repreguntas y recabé respuestas que complementaban y nutrían lo que necesitaba saber para hacer que este programa despegue. (Las dos cartillas/fichas de monitoreo, una para cada componente de intervención, se pueden ver al final, como Cuadro n.º 3 y Cuadro n.º 4, en la sección Anexos).

Cabe mencionar que para realizar las visitas, pude generar la oportunidad de contar con un apoyo. La tarea desbordaba la capacidad de una sola persona debido a que era mucha la información por recoger y en zonas muy alejadas una de otra; por otro lado, en la DGCISRI debía atender otros temas además del PSE. Pude aplicar este monitoreo con el apoyo de una enfermera y magíster en salud pública que llegó a trabajar al IGSS como voluntaria del «Cuerpo de

Paz» del gobierno norteamericano (Gabriela Boyle). A pesar que solo estaba destacada medio tiempo en el IGSS, con ella realicé las visitas a casi todas las redes de salud y desenvolvimos reuniones con las personas responsables del PSE en cada red y el hospital Huaycán. Por lo general, debido a mi mayor manejo de lo particular del sistema peruano de salud pública, yo hacía las preguntas y ella tomaba nota de todo; a su vez hacíamos repreguntas y analizábamos (en el mismo lugar) lo que se podía hacer con los problemas que escuchábamos y encontrábamos, sobre todo si estos problemas provenían del IGSS, como por ejemplo el no funcionamiento del aplicativo web donde se llenaba en línea la información de lo avanzado. Estas reuniones in situ tenían una duración de entre tres a cuatro horas.

La tarea fue muy compleja, aunque enriquecedora. Al aplicar la intervención sociológica, era indispensable tener una participación activa y un vínculo directo y estrecho con los actores inmersos en esta acción colectiva, en su mismo campo de operación, para comprender, con ellos, cómo resolver los problemas o limitaciones que se presentaban, como organización. En primera instancia, observé y sentí que nos recibían con desconfianza y a la defensiva, por lo que lo primero que les decía era que no estábamos ahí para juzgar su desempeño y tomar medidas en su contra, porque eso no nos llevaría a buen puerto, sino estábamos ahí para escucharlos, trabajar en conjunto y avanzar en el PSE. Fue con esa apertura sincera, como me di cuenta que todo lo que buscaba y necesitaba saber para que se cumplan las metas del programa lo iba a conseguir ahí; entonces pregunté, indagué, conversé, generé confianza y, apoyada en mi posición de jerarquía, fui a diferentes oficinas de una misma red y busqué articular a los actores, entre ellos mismos. De otra manera, solo a través de documentos, la información siempre estaría alejada y sería relativa o sesgada.

Decía que la labor fue compleja, en primer lugar, por la amplitud física de LM, las redes de salud del MINSA van desde Villa El Salvador por el sur hasta Ancón por el norte y por el este hasta Chosica, además del hospital de Huaycán; y en segundo lugar, por lo complicado de llegar a tener la confianza de los coordinadores y ejecutores directos del PSE, este fue un problema con el que me encontré y frente al que tuve que desarrollar habilidades de comunicación y de interacción personal y directa con los operadores de base, como las que mencioné en el párrafo anterior. Esto se debe a que el personal de las redes de salud se siente débil en sus *estrategias de poder* respecto al organismo superior y busca *protegerse*, mantiene distancia y desconfía del personal del IGSS y/o de su propia red. Esto es algo frecuente, porque organizaciones del Estado como el MINSA solo mantienen relaciones verticales y autoritarias entre un nivel y otro, y muy rara vez se concibe un trabajo en conjunto. Es un problema de repartición del poder, pues para el buen funcionamiento de toda la estructura no se requiere solo distribuir responsabilidades, es indispensable desarrollar mecanismos de comunicación y coordinación, que propicien y mantengan la cohesión de la organización (MINTZBERG 1991: 373-375). Una relación de poder vertical jerárquica que no escucha la problemática de los actores de base, no permite desarrollar correcta articulación entre instancias, vuelve «ciega» a la instancia de la cima de la estructura y entrapa los procesos.

Gráfica n.º 10: Verticalidad de la relación del sector salud para LM

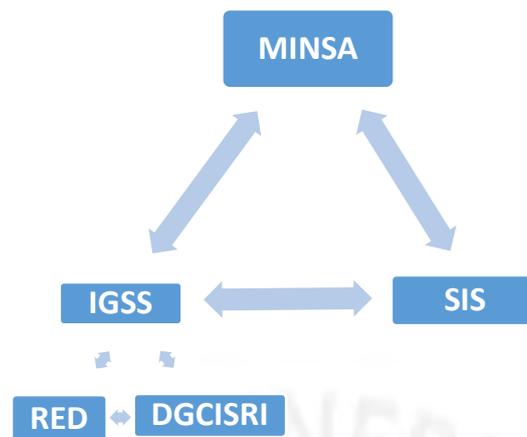


Creación Propia

Durante el monitoreo, pude identificar que este es uno de los motivos por los cuales no se avanza como debiera en la aplicación de las políticas y programas como el del PSE; con este tipo de relación vertical de poder (y solo de arriba hacia abajo), el organismo que se encuentra en la parte superior de la pirámide no tiene una idea clara y completa de cómo se ejecutan sus políticas y, por lo tanto, de los problemas a resolver y cómo lograrlo. Los actores del organismo que se comprende como inferior en tal relación de jerarquía, usan una forma errónea y poco útil de negociación con el superior: «te oculto la verdad, aparento que se hizo todo lo que se ordenó, y mantengo mi puesto de trabajo y el del jefe que me colocó ahí». Mas, eso redundo en un mero desgaste de energías humanas y de recursos, que bien podrían ser utilizados de manera más positiva en lo que sí se puede lograr y avanzar, si la relación entre organismos y actores de una misma acción colectiva fuera de cooperación.

Con las flechas de ida y vuelta, simbolizo el ideal de cooperación y coordinación, lo grafico de la siguiente manera:

Gráfica n.º 11: Relación de cooperación de las diferentes instancias del sector para LM



Creación Propia

Si bien esta relación no existe en la realidad, y es muy difícil se produzca en una organización tan grande, compleja y que abarca tantos actores, para lograr un real acercamiento a los ejecutores directos del programa, y buscar modificar la verticalidad de las relaciones de poder, en los hechos me convertí en una especie de eslabón entre los diferentes niveles, poniendo mayor énfasis en la cooperación entre el nivel ejecutor y los organismos del nivel superior jerárquico; comunicándome con ambos de manera cooperativa. Fui en la práctica, lo recalco, una gestora intermedia, una correa de transmisión entre los diversos niveles de la organización.

Gráfica n.º 12: Socióloga como interlocutora de los distintos niveles/organismos del sector



Creación Propia

Esta fue la solución que permitió la intervención sociológica, con la que se logró avanzar significativamente en las metas del programa y resolver problemas como los de articulación, proponiendo alternativas y soluciones tanto en relación con el ente rector (MINSA), como en relación con los ejecutores directos (redes de salud y hospital Huaycán). Nos llevó incluso a proponer alternativas a futuro para que en el año venidero funcionara de manera fluida y ordenada.

Al desentrañar este problema de un adecuado flujo en las relaciones, que afectaba seriamente la marcha del programa, pudimos analizar algunos otros aspectos encontrados en el monitoreo. Ciertamente, en reuniones con las coordinadoras del programa, estas expusieron sus problemáticas abundantemente. Pude notar compromiso con su labor de salubristas, aunque también mucha demanda de atención a sus problemas específicos y poca confianza en que los niveles superiores los resolverán. Recalco que fue yendo al campo, a la práctica, como pude comprender mejor y coadyuvar a destapar los entrapes, y en varias redes actué como gestora intermedia, coordiné soluciones con el Director de la red sobre insumos o uso de herramientas de

informática, por ejemplo. Aunque encontré que suelen también presentarse limitaciones por falta de voluntad, muchas veces es producto del desánimo, al no ver el apoyo y compromiso del nivel superior; si esto cambia, puede ser otra la actitud de todos los actores.

Sobre los hallazgos del monitoreo

Como he señalado ya, el monitoreo tuvo por objetivo principal encontrar dónde y por qué el avance del programa tenía entrampamientos; según la información cuantitativa de aplicación de las actividades, metas de escuelas, niños atendidos en cada componente y presupuesto ejecutado, se había detectado una baja ejecución (a julio el avance era del 20% en lo prestacional y 5% en lo presupuestal). El monitoreo permitió una visualización de los problemas centrales, que agrupo aquí en las dimensiones que me propuse investigar:

- En cuanto a los procedimientos, encontré que cada red planificaba de manera diferente, de acuerdo con sus criterios y particularidades. Si bien todas las coordinadoras tenían compromiso y preocupación por el cumplimiento del programa, les era difícil proponerse una planificación y cumplirla, puesto que el PSE tenía deficiencias de forma por ser un programa «suelto» y sin PPR, entonces sucedían problemas tales como la sobreestimación de la cantidad de niños en algunas escuelas, demora en la aprobación del plan en el hospital de Huaycán, cronogramaciones no siempre ajustadas a la realidad de la red por falta de personal, etc. Incluso al inicio del programa, sus operadores no tenían claridad sobre cuál era la instancia ante la que debían responder (DISA, IGSS o MINSA), lo que también me llevó a detectar que no se había producido una adecuada capacitación o información sobre la reforma de salud emprendida y el cambio organizacional que se había producido.

- Respecto al equipamiento e insumos, se reflejaron básicamente dos problemas. Uno de ellos, común a todas las redes, era el retraso en la adquisición de insumos; los requerimientos de compras no resultan sencillos para el personal de salud, y el área logística y administrativa espera además los requerimientos de los otros programas para comprar en conjunto (lo que resulta más económico, aunque demora si los otros programas no tienen las mismas necesidades), lo que genera largos procesos de compra. Otro serio problema era el de medios tecnológicos escasos o de poca capacidad técnica (y en algunos casos por la zona de la red, la conexión internet es muy lenta).
- Para el caso del presupuesto: lo presupuestado no llegaba a cubrir algunas necesidades, como la movilidad para trasladar equipos de atención, o la gasfitería para instalar unidades de atención odontológica. Además, se concibió un limitado presupuesto para curación dental (solo cuatro caries por niño), y para entrega de lentes.
Por último, contar o no con seguro SIS se volvía una traba, pues se discriminaba y excluía a niños que necesitaban atención, por no tener SIS.
- En la valoración de los operadores, un hallazgo preocupante fue constatar que había algunos problemas que desmotivaban al personal de salud encargado del PSE, y básicamente ocurría cuando tenían que invertir tiempo extra para resolver la digitación de resultados (por falta de personal, por falta de computadoras y por lentitud de las conexiones), siendo un tiempo no remunerado. También cuando no se les cubría el costo de movilidad para aspectos indispensables (trasladar equipos); y asimismo cuando no llegaban los insumos a tiempo o completos, lo que atrasaba su

trabajo, también los desprestigiaba ante los colegios y se generaba mayor desconfianza en el programa.

Fue común el pedido de ayudarles a resolver la necesidad de acelerar la adquisición de insumos, así como el pedido de menor rotación de personal, mayor apoyo de la Dirección de sus redes y del personal administrativo en las mismas. También fue una opinión unánime que la definición de metas y el presupuesto debían llegar con anticipación y no tan tardíamente como ocurría, puesto que los procesos de compra de insumos y acercamiento a los colegios tomaban sus propios tiempos, y no se podía avanzar en ello si no llegaban las metas y el presupuesto establecidos.

Otros problemas encontrados:

- Respecto a la coordinación/articulación y participación de otros actores, en el monitoreo hallamos que existían resistencias en algunos establecimientos de salud para atender a niños con seguro SIS.
- También se detectó que los procesos para generar ordenanzas con el municipio correspondiente a cada red, era un proceso demasiado largo y engorroso, que lo hacía poco eficaz e inviable (con demasiado uso de recursos por cada pequeña actividad).
- Finalmente, se encontró resistencias de los padres de familia para firmar los consentimientos informados y/o problemas para llevar a sus hijos a las citas en los centros de salud. Que el padre de familia no firme el consentimiento generaba un entrampamiento, pues el SIS exigía este requisito para considerar la atención y el gasto.

Hacer este monitoreo nos permitió encontrar todos estos problemas. Buscamos resolverlos uno a uno al detectarlos; lo hacíamos mediante la

articulación que he mencionado; algunas veces pedíamos al Director de la red ejecutora se nos permita hablar con los jefes de oficinas de apoyo y con los médicos jefes de los establecimientos de salud, para que den el soporte correspondiente a la coordinadora del programa y permitir el avance en su ejecución; de igual manera, si el problema estaba en las oficinas del IGSS, me encargaba de las coordinaciones respectivas para la solución. Al ser los problemas básicamente de coordinación, articulación y supervisión (algunas veces se tuvo que ejercer presión y exigir, con la autoridad que me delegaba la DGCISRI, que el trabajo se realice), pudimos detectarlos a tiempo para hacer ajustes y resolver obstáculos, con lo que el programa en el siguiente medio año alcanzó resultados importantes y remontó su baja ejecución del 20%, de tal forma que en algunas redes se logró cumplir hasta el 100% de las actividades y en otras el 80%-90%; de igual manera, respecto de su baja ejecución presupuestal, esta llegó a ser de un 80% aproximadamente.

4.3 La autoevaluación de los actores: el taller

En el proceso de mi experiencia profesional, y con los hallazgos del monitoreo, entendí también por qué el análisis organizacional requiere una etapa donde el investigador vuelva a tomar una postura externa, recuperar autonomía y permitir el autoanálisis de los actores; para confrontar las diversas lógicas y estrategias que ha observado, los juegos implícitos, es decir la realidad subyacente: las relaciones de poder entre los actores y con qué reglas interactúan (CROZIER y FRIEDBERG 1990: 2019). ¿Cómo lograr esta nueva mirada de socióloga y a la vez ayudar a que los actores mismos debatan experiencias y enriquezcan su propio análisis? Consideré que sería oportuno proponer e implementar un taller de autoevaluación, donde los propios trabajadores de salud pudieran analizar su experiencia. Esta nueva herramienta me ayudó a la vez a retomar la externalidad; y, aunque no fue

sencillo, fue importante. A la vez, esto complementaba mi estrategia de supervisión directa y de promover mayor coordinación mutua, no solo entre la DGCISRI y las redes sino entre ellas mismas también, para resolver problemas entre todos y mejorar la aplicación del PSE para el año venidero.

Por ello, organicé e impulsé este taller, y conté con la participación de todas las coordinadoras del programa de las diversas redes de salud de LM y el hospital Huaycán. Durante el taller, se discutió sobre los logros en la aplicación del PSE de acuerdo con sus metas, así como se evaluaron problemas desde la óptica de los ejecutores directos, los que socializaron sus experiencias, dificultades y lecciones.

Es importante destacar que los hallazgos de este taller complementaron a los del monitoreo. En la autoevaluación, las coordinadoras del programa consideraron, sin excepción, que realizaban un trabajo esforzado, arduo y que el problema principal no está en ese nivel sino en su relación con otras instancias de la misma red de salud donde trabajaban. Hubo muchas críticas al poco apoyo que recibían de parte de la Dirección de la Red y, sobre todo, casi sin excepción también, críticas al área administrativa de sus respectivas redes que frecuentemente entran y/o retrasan la ejecución de los gastos (por ejemplo, compras de insumos para poder desarrollar las actividades).

Básicamente encontré demandas hacia oficinas administrativas de las propias redes, hacia la dirección de la misma y hacia los niveles superiores de gestión (respecto también a su aparato administrativo).

Descubrí entonces que, en el juego de relaciones al interior de la red, las responsables de ejecutar el programa se sentían sometidas a una relación de poder desigual frente a quienes manejaban y administraban los recursos, pues

no tenían mayor capacidad de negociación si a su vez el nivel de Dirección no les apoyaba lo suficiente. Esta relación es inversa a la que debería darse, y sucedía en todos los niveles y organismos del sector; en este caso, el área administrativa de la red debería ajustarse a los requerimientos de los prestadores de los servicios, quienes a su vez deben responder a las necesidades de los servicios de atención de salud, pues son la razón de ser del MINSA: llevar salud a la población. La dirección de red debía tener ese norte, mas, el área administrativa solía contar con una porción de dominio y no necesariamente se comprometía con el objetivo común. Esto, que se evidenció también en el monitoreo, era un problema de mala articulación y cohesión intrainstitucional.

¿Por qué sentían además esa falta de apoyo? Por un lado, porque se programaban demasiadas actividades para poco personal (se requiere, en general, incremento de recursos humanos en las redes de salud). Y por otro lado, porque el PSE era un programa social promovido desde el gobierno central y tenía asignado un presupuesto especial, de manera que los encargados de otras estrategias de salud (y sus actividades respectivas) no contaban con las mismas condiciones o no se les prestaba igual atención, con lo que se expresaba en ocasiones hasta un espíritu seccional o competitivo entre programas. Esto generaba problemas, tensiones entre el personal de la misma red, innecesariamente, y mostraba una falta de liderazgo de sus directores ejecutivos, así como carencia de visión de conjunto. Es decir, no estaba desarrollada la noción de pertenencia a un sistema mayor que los abarca a todos bajo un mismo objetivo, lo cual es un problema común en las redes de salud (y podría decir que en el sistema de salud en general).

Nuevamente, fue la ubicación como gestora intermedia en esta intervención sociológica lo que generó la posibilidad de espacios de comunicación y de mejorar mecanismos de coordinación y reflexión.

4.4 Sobre los hallazgos generales de ambas herramientas

Finalmente, consciente que la Sociología utiliza la observación y el estudio de las actitudes como un «dispositivo de investigación», puedo decir que estas herramientas me permitieron descubrir al menos los principales nudos o entrapamientos de la acción colectiva real, frente a los objetivos y metas que esta tenía, para proponer, junto con los actores directos, algunas alternativas de solución que ayuden a mejorar la implementación y ejecución del PSE en las redes de salud de LM (lo que en el análisis organizacional llamaríamos: coadyuvar a lograr cambios deseados).

De acuerdo con los hallazgos de ambas herramientas (monitoreo y taller), agruparé los problemas encontrados analizándolos en un nivel más general de capacidades institucionales:

a. La Articulación:

La Articulación Intersectorial, supone un nivel de planificación de políticas coordinado entre los diferentes entes rectores, desde el más alto nivel de cada sector del gobierno nacional. En este PSE pude ver que:

- Una falta de rectoría de parte del MINSA, generaba constante desconcierto, confusión y falsas expectativas en los colegios; así mismo, en reuniones de alta dirección entre MINEDU y MINSA, este último consideró y comunicó una meta de niños necesaria a cubrir para ese año por parte de las redes, sin embargo el SIS no respetó esta meta y

financió una menor. El desbalance presupuestal generó que las redes que cubren mayor población, tuvieran que comunicar a ciertos colegios que ya no serían atendidos, lo que ocasionó un gran malestar en la escuela, los maestros y padres, desacreditándose nuevamente el personal de campo –red de salud- y en general el Ministerio de Salud, reconocido como la autoridad en la salud pública.

- Por otro lado, se encontraron errores en la asignación de instituciones educativas (IIEE) por parte de la UGEL para este programa, lo que llevó a que el personal del PSE deba buscar otras escuelas para intervenir y cubrir las metas asignadas. Sin embargo, cuando fueron a las IIEE que no reciben el plan de alimentación QaliWarma, hubo cierto rechazo a las actividades de salud, pues la población quería integralidad en los programas de gobierno. Con esto puedo decir que debió haber mayor coordinación y consenso entre MINSA, MINEDU y MIDIS, y el SIS debió respetar lo que los entes rectores consensuaran.

Este era un problema a nivel rectorial, de planificación y articulación sectorial entre los entes rectores del Estado, en este caso, principalmente responsabilidad del MINSA por ser el encargado del PSE. En este programa se dieron pasos y esfuerzos positivos (por ejemplo en las coordinaciones iniciales entre los niveles ejecutivos de cada Ministerio), pese a ello, aún se expresaban limitaciones para que la articulación inicial se viera difundida a todas las instancias. Por ejemplo, en el caso del MINSA, hacia sus oficinas de planificación, porque las deficiencias en el presupuesto ocasionaron problemas con los niveles ejecutores; y en el caso del MINEDU, hacia sus UGEL y las instituciones educativas correspondientes, porque la falta de coordinación generó desconocimiento y rechazo en algunas IIEE respecto a la intervención del PSE.

Esto podría entenderse como problemas de articulación intergubernamental si comprende la coordinación entre el nivel rector y el que correspondería a la ejecución en el gobierno regional y local, pero debe tenerse en cuenta que la descentralización en LM no ha ocurrido así en los casos de salud y educación, por eso lo trato como articulación al interior de cada sector.

En cuanto a los problemas de planificación en el nivel rectorial, estos repercutían luego en toda la cadena de niveles hasta el ejecutor:

- Por problemas de planificación del MINSA, sumado a la relación errónea y vertical con los ejecutores, la cartera de servicios de las intervenciones de los diferentes componentes del programa del PSE llegó a destiempo, después de los compromisos hechos con las IIEE, después del inicio de los procesos de requerimientos para compras y del inicio de las actividades del programa del Plan Salud Escolar en las IIEE; todo lo cual generó problemas para los equipos y los forzó a hacer doble trabajo, así como cambios en las coordinaciones con las UGELES, en los requerimientos de materiales y reprogramación de actividades; esto último era lo más complejo, porque se desacreditaba la palabra de la red que ya había tomado acuerdos con las UGEL y las IIEE, de modo que se les hacía cada vez más difícil tomar nuevos acuerdos y realizar las actividades del PSE.
- Asimismo, en la planificación del gasto que generaba el PSE como programa, el MINSA no había considerado algunas necesidades y la red tenía que asumirlas en desmedro de otras actividades. Este problema ocurrió porque el PSE se había planificado desde el nivel rector en

coordinación con el financiero, y sin considerar la opinión del ejecutor. Entre estos gastos estaban los que aparecían en campo, y el ejecutor directo encontraba un sinnúmero de trabas dentro de la organización de su red para conseguir el dinero que faltaba. Esto a su vez generaba pugna y desgaste en las relaciones de los actores al interior de la red, entre el técnico del programa y el administrativo de la red, relación que en sí misma, como ya he mencionado, tenía dificultades. En las unidades ejecutoras existen muchas trabas para poder suministrar gastos no considerados originalmente en un presupuesto determinado y esto ocasiona entrampamiento. Por otro lado, mover dinero de una partida a otra entrañaba un problema burocrático, y los administrativos se negaban a hacerlo con la justificación de que serían acusados de malversación. Estos gastos no planificados en el PSE eran por ejemplo: movilidad, gasfitería para instalación de unidades dentales en los colegios, etc.; en el caso de la movilidad, frecuentemente la tenía que asumir el equipo ejecutor, lo que generaba una falta de adherencia al programa y desgaste del trabajador por sus condiciones laborales. Las coordinadoras manifestaban que esto ocasionaba mucho recambio de personal y le restaba eficiencia al programa, puesto que demandaba que contratar personas nuevas a quienes había que volver a capacitar, lo que suscitaba más atrasos y/o mala ejecución.

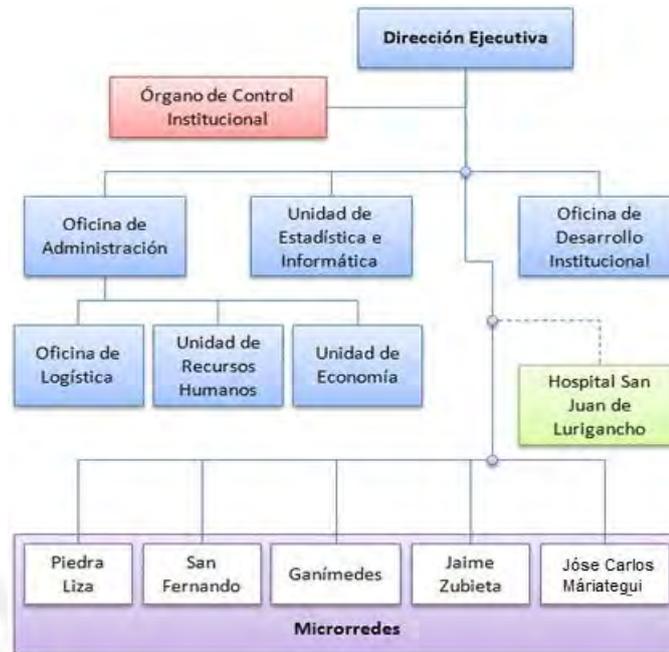
Para un mejor análisis, diferencio ahora cómo este problema de articulación atraviesa también al nivel ejecutor, y lo ubico como fallas en la articulación intrainstitucional, donde se han expresado problemas principalmente entre los operativos del programa y el personal administrativo; lo que finalmente es problema de cómo la dirección de una red de salud articula todo su trabajo y cohesiona a todo su personal como una sola organización con metas comunes.

- Los equipos administrativos/logísticos de las redes de salud, además de negarse a cubrir estos gastos adicionales no contemplados en el presupuesto otorgado al PSE, retenían el gasto que sí estaba presupuestado y bloqueaban los procesos necesarios, confundían los requerimientos y/o buscaban acumularlos con otros pedidos por lo que se estancaban las compras, lo que impedía que los equipos técnicos encargados de desarrollar el programa tuvieran a tiempo los materiales e insumos para la ejecución eficiente del PSE.
- Por otro lado, era evidente la falta de capacitación y empoderamiento de parte del personal técnico (coordinadora del PSE en cada red), respecto al manejo de los procesos de seguimiento de la ejecución presupuestal y la generación de modificatorias en las adquisiciones de insumos en el sector público; lo que hacía que tengan poca capacidad de negociación y exigencia hacia el equipo administrativo de la red, para que este no genere demoras innecesarias.

En síntesis, pude observar que al interior de una red también se generaban tensiones entre los actores y esto entrampaba el cumplimiento de las metas, no concibiéndolas siempre como parte de objetivos comunes que los comprometían a todos.

Por otro lado, al analizar la estructura orgánica de una red, pude percatarme que esta se presta para los problemas señalados. En el siguiente gráfico se puede observar como ejemplo la estructura orgánica de la red de salud de San Juan de Lurigancho, que es muy similar a las otras redes o en todo caso tienen diferencias mínimas:

Gráfico n.º 13: Estructura orgánica de una red de salud



Fuente: Portal web de la Red de Salud de San Juan de Lurigancho
<http://www.redsasjl.gob.pe/index.php/institucion/estructura-organica>

Se aprecia la existencia de varias oficinas para las funciones administrativas, mas, una sola «Oficina de Desarrollo Institucional» (ODI), la que se debe encargar de todas las estrategias de salud pública que lleguen al ciudadano, que es el objetivo primordial y último de todo el gran aparato de la salud pública. Esta estructura orgánica no se condice con la realidad y, a pesar de ello, la red de salud no la puede cambiar, porque se encuentra ya parametrada, de arriba hacia abajo, desde MINSA. Algunos ejecutores del PSE expresaron su desacuerdo con esto; también informaron que para cambiar esta estructura necesitarían una resolución ministerial, y para eso se requería mover el aparato burocrático por encima de ellos; dijeron que lo habían intentado antes que existiera el IGSS, pero no lo habían logrado, pues les resultaba adversa la poca atención que se le presta a este primer nivel de atención. Por esta razón, el IGSS significaba para ellos una oportunidad de ordenar este tipo de problemas.

También se expresaban dificultades presupuestales de otra índole, en la relación entre el ente rector (MINSA) y el de financiamiento (SIS):

- Como era un programa integral donde se involucraban tres ministerios, resultaba poco comprensible que sea una barrera contar o no con seguro SIS para que el niño pudiera ser atendido si es que se le encontraba alguna patología; todos los niños pasaban por evaluación, aunque si se les encontraba enfermedad solo los niños SIS eran atendidos en el mismo colegio por el personal de la red. El sector salud, para este programa, no tenía una previa integración de sus sistemas (MINSA-ESSALUD-FF.AA., etc.), por lo que el personal se veía obligado a discriminar entre niños y familias de la población necesitada que, sin embargo, sí era atendida por MIDIS en sus otros programas.

Otro tipo de articulación intergubernamental en LM se daba con los gobiernos locales, esta era muchas veces una relación engorrosa y burocrática:

- Dentro de las actividades de promoción de la salud del PSE, estaban las propuestas para generar ordenanzas con cada municipalidad de Lima Metropolitana, lo que resultaba un proceso largo, complicado, costoso y poco productivo tanto para el personal operativo como para la municipalidad; por lo tanto, pedir que cada actividad de salud busque su ordenanza particular con la municipalidad de su jurisdicción, no era eficiente ni viable.

b. Sobre desarrollo de capacidades de los recursos humanos:

El personal que ejecutaba el programa no tenía conocimiento suficiente sobre los procesos administrativos para que pudiese relacionarse de manera más adecuada cuando solicitaba el presupuesto en la red; además, se tenía el problema de la rotación excesiva de personal, que no permitía capacitar y desarrollar como corresponde los recursos humanos del primer nivel de atención.

- Durante la ejecución del programa se observó una rotación constante de personal de los equipos del PSE en las redes, lo que conllevaba a que las lecciones aprendidas por el equipo no se tradujeran en una mejor ejecución del programa a través del tiempo, pues la renovación constante hacía que los nuevos trabajadores cayeran en los mismos problemas anteriores; ello sobre todo porque, ante la urgencia y el apuro por cubrir actividades, los antiguos no se daban ni podían darse el tiempo para entrenar a los nuevos.
- A esto se suma el que la cantidad de personal de las redes era muy reducida, sobre todo dentro de sus establecimientos de salud.

c. Sobre el uso de tecnologías de la información (las TIC):

En este aspecto, al menos en el sector salud, había esfuerzos pero aún existía bastante retraso y mucha escasez de herramientas.

No se contaba con información constante y oportuna para visualizar el avance real del programa en cada red. El escaso manejo estandarizado de medios tecnológicos también recortaba poder a los actores principalmente de base, y esto conllevaba a problemas en sus acciones.

- Por ejemplo, habían pasado dos años de ejecución del programa y aún el aplicativo del SIS -el ARFSIS- no estaba totalmente adecuado al PSE, a pesar de la actualización que le hicieran en mayo de 2015. Con la adecuación recién podían incluir datos importantes como los grados de los niños de las IIEE donde se aplicaba el PSE. Debido a esto último y a que el ARFSIS tenía un retraso de dos meses en la visualización de los datos, para el prestador fue necesario utilizar otros sistemas de información alternativos que le ayudasen a hacer un seguimiento y tomar decisiones sobre sus avances.
- Las redes de salud se encontraban muy atrasadas tecnológicamente, es por esto que el trabajo de los equipos del programa del PSE no siempre se podía visualizar en los datos del aplicativo web del PSE, debido a que tenían conexiones de internet muy lentas que les dificultaba la digitación.
- Al no haber ningún consenso respecto de qué aplicación se iba a usar para registrar la información, las redes digitaban los datos de ejecución del programa del PSE hasta tres veces: FUA, HIS y el aplicativo; y sumado a que no había consenso, no contaban con soporte técnico para solucionar problemas como la migración de los datos del aplicativo web PSE al HIS.

d. Participación ciudadana

En el caso del PSE, si bien los beneficiarios directos eran los niños, sus padres eran los que debían ejercer capacidad fiscalizadora, y además era a quienes los operadores de las políticas debían buscar para explicar, llamar a que comprendan y asuman la necesidad de las actividades, en beneficio de la

salud de sus hijos. No considerarlos generaba un problema y traba en el desarrollo del programa.

- Se encontró que existía mucha resistencia de parte de los padres de familia, cuando se negaban a firmar los consentimientos informados, pues no querían se les saque una muestra de sangre a su hijo para tamizaje de hemoglobina y/o estaban en contra de la vacuna del VPH, ya sea por motivos religiosos o por desconocimiento. Lo que expresaba escasa difusión, sensibilización y compromiso con los beneficios del programa, en las IIEE.

A pesar de los esfuerzos de las redes, la mayor parte de los niños con patologías encontradas por el programa, citados para acudir a los establecimientos de salud a fin de que fuesen tratados, no llegaban a sus citas pues los padres expresaban que no tenían tiempo ni recursos para llevarlos.

4.5 Reflexiones a propósito del Plan de Salud Escolar

Podemos señalar que esta intervención, respecto al PSE me permitió:

- Conocer cómo es que, si no se planifica adecuadamente, si no se partía de tomar en cuenta a los actores/ejecutores directos, los programas pueden tener problemas cuando sean llevados a cabo, en su ejecución; como por ejemplo, no presupuestar todas las necesidades que tendrán los trabajadores de salud para aplicar el plan, o no acordar con las propias escuelas cómo van a comprometerse con el programa. Todo esto obstruye la ejecución, pues, por un lado, los actores no cuentan con los recursos que necesitan y, por otro lado, sienten que se les recarga y no pueden estar

atentos a tantas metas por cumplir, que además llegan inconsultamente, como exigencias que no contemplan su realidad concreta.

- Conocer cómo, desde el diseño de un programa, se tiene que contemplar la manera en que se recogerá la información o data sobre su cumplimiento, y esta deberá ser de forma sistemática y única; de considerarse otras formas, estas no deberán ser una carga para el personal de salud, sino se tendrían que buscar las maneras informáticas de desmembrar una data de otra, para ello ya existen herramientas informáticas disponibles, solo basta con que cada entidad tenga apertura sobre su información. Por otro lado, la capacitación y supervisión sobre el registro de información debe ser algo constante (incluso, las fichas de monitoreo requirieron una capacitación), de lo contrario podría ser contraproducente la información que se entrega. Tanto para un sistema único como para la capacitación y supervisión de este, lo primero que se requiere es claridad en el diseño, con niveles de estandarización predefinidos, sea estandarización de resultados y/o de procedimientos; más aún cuando en salud son muchas y diversas las intervenciones y sus especificaciones.
- Dar cuenta que en el sector salud, sus diferentes pliegos no estaban articulados entre sí, no reconocen niveles jerárquicos, lo que produce desorden y sobrecarga de trabajo para las unidades ejecutoras. Se concibe que las redes de salud son operadores de base que deben responder a todo pedido que le haga un nivel de mayor jerarquía, independientemente si se debe a este o no. Por lo que falta una mayor capacitación sobre la reforma y la estructura organizacional de todo el sector, sobre todo para los actores/ejecutores de base, que son los que tienen la mayor carga del sistema, para que ellos sepan reconocer adecuadamente la estructura

organizacional de todo el sector e informen a la instancia correspondiente cuando algo no lo consideran adecuado.

- A lo largo del monitoreo, del taller y de toda la intervención sociológica, he podido identificar que la aplicación de las políticas y planes de salud pública requieren un desarrollo de las capacidades institucionales del sector, de manera previa y en varios componentes que no se reducen solo al desarrollo de capacidades personales de los trabajadores de salud. Estos componentes son: la indispensable ARTICULACIÓN (intersectorial, intergubernamental, interinstitucional); la formación y desarrollo de los recursos humanos; el manejo de tecnologías de la información; la participación ciudadana. Los problemas de cómo se organizan estos actores recaen básicamente en esos componentes; a lo que agrego: el necesario desarrollo de la capacidad de rectoría, principalmente para lograr una planificación de todas las políticas y metas mucho más clara, oportuna, articulada, coordinada y coherente desde el más alto nivel del sector.
- El punto antecedente me lleva a mencionar que el sistema de salud pública peruano es un sistema fragmentado; el Ministerio de Salud no puede ejercer una real rectoría sobre EsSalud, las sanidades de la Fuerza Aérea, de la Marina, en general de las Fuerzas Armadas y Policiales porque pertenecen a otros sectores/ministerios y no necesariamente están obligados a ejercer las políticas de salud pública que promueve el sector salud, lo que por un lado lo hace ineficiente y por otro sobrerregulado. Esto se vio claramente con el programa del PSE que, si bien fue una política de gobierno llevada a cabo a través del MINSA, cuando se iba a los colegios no necesariamente todos los niños se atendían en los establecimientos de salud del MINSA o no todos contaban con seguro SIS, lo que resultaba perjudicial, pues si bien se les quería atender no había acuerdo con estas

otras prestadoras de salud públicas. Las prestadoras no asumían los costos de estas atenciones sin convenio previo, el cual no se llegaba a concretar a pesar de las intenciones de generar las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud. Y, si no había quién asumiera los costos de atención, esta no se producía, algo que generaba muchas veces que el programa fuera mal visto, como discriminatorio, porque finalmente todos los niños de esas escuelas lo necesitaban.

En el Ministerio llamaban coloquialmente a este problema como: *la maldición del seguro*, debido a que muchas personas que querían asegurarse en el SIS no lo podían hacer por tener uno de estos otros seguros públicos. A pesar de ello, no podían acceder a muchos servicios de salud, porque no todos tienen tanta presencia en el territorio metropolitano y nacional como los establecimientos de salud del MINSA.

Por lo tanto, se debe pensar en la integralidad del sistema de salud pública del país.

CAPÍTULO 5: Reflexiones finales a manera de conclusión

En síntesis, este informe es producto y reflejo de la práctica profesional que realicé como socióloga en el IGSS, una entidad que se creó para avanzar en el proceso de descentralización de la salud pública en Lima Metropolitana. En este organismo, trabajé desde su creación (en febrero de 2014) e integré una de sus direcciones, la Dirección General de Cuidado Integral de la Salud y Redes Integradas (DGCISRI). Dentro del trabajo que realicé como socióloga en esta Dirección, se me encargó la coordinación de la gestión del programa Plan de Salud Escolar (PSE) del año 2015. La intervención sociológica de la que doy cuenta en este informe, se refiere a la aplicación de los enfoques sobre el estudio de una acción colectiva en un medio organizacional, a partir de la gestión de este PSE.

Agruparé mis reflexiones en dos sentidos: uno primero de contexto integral sobre la organización en la que apliqué la intervención sociológica y sus objetivos en el marco de la descentralización del Estado. En segundo lugar, propongo reflexiones sobre la intervención sociológica misma y mi papel como socióloga.

5.1 Sobre el IGSS y el proceso de descentralización de la salud pública

De esta intervención sociológica, una primera reflexión que hago es sobre la necesidad de proseguir el proceso de descentralización de la salud pública, en particular de LM. El órgano rector hasta hoy solo ha desconcentrado funciones (y peor aún, recientemente las volvió a concentrar), mas, la descentralización requiere que cumpla su función rectora a plenitud, y permita e impulse la gestión y ejecución de competencias y funciones en los otros niveles de gobierno.

El IGSS fue una solución intermedia, no la final. Este organismo reflejaba un proceso de cambio institucional y permitía que el MINSA no concentre ni siga como ejecutor de la salud pública de LM. La existencia del IGSS era útil en el proceso de descentralización de la salud en la capital, aunque no resolvía toda la necesaria transferencia de funciones a la MML. No es bueno el retroceso actual, aun así y por ello, la experiencia del IGSS debiera estudiarse. Y, al evaluar esta experiencia, sería conveniente tener en cuenta que, una vez creado el IGSS y generadas sus Direcciones, por el poco tiempo de su funcionamiento no llegó a formalizar toda su estructura de manera clara; además, tuvo que asumir nuevas políticas y programas de gobierno, como el PSE (programas que ya se trabajaban desde las redes y que pasaron a su cargo), que también responden a propósitos de coyunturas específicas, lo que agregó dificultades para la clara determinación de objetivos y la ejecución de sus funciones de gestión.

Las políticas de descentralización de la gestión pública, principalmente desde el *enfoque de gestión* del año 2009 y las siguientes orientaciones del decreto supremo del año 2013, son políticas útiles que apuntan a la consecución de un Estado moderno y democrático, mas es totalmente insuficiente si se quedan en el papel. Es necesario impulsar su aplicación y desarrollar las capacidades institucionales; esta responsabilidad deberá ser asumida por el gobierno central principalmente y los otros niveles de gobierno, con mirada de largo alcance y no solo para un periodo gubernamental.

Los esfuerzos positivos respecto a políticas públicas de bienestar social que logra emprender un gobierno (sea cual fuera este) a través de sus ministerios, deben entenderse con una visión de largo alcance, que no acaben con el cambio de gobierno, sino que prosigan como políticas de desarrollo nacional.

Esto es más importante aún en sectores como los de salud y educación, teniendo en cuenta que somos un país en desarrollo cuyos servicios públicos aún no cubren las necesidades de los más amplios sectores de la población; pues, aunque el acceso a estos derechos como salud y educación, se ha extendido, sus servicios son de muy baja calidad, lo que solo produce un efecto contraproducente y un círculo vicioso. Sin buena educación ni salud, los niños, por ejemplo, serán en el futuro ciudadanos con menores o muy marginales posibilidades para impulsar con su actividad o profesión el desarrollo nacional. Dicho de otro modo, una sociedad no democratizada, que excluye y margina al grueso de sus ciudadanos, no podrá desarrollar. Es indispensable asumir que descentralizar y democratizar deben ir de la mano y se necesitan políticas públicas de aplicación más agresiva y de largo plazo, a pesar que no se puedan ver los resultados hasta probablemente los próximos 20 años.

De considerar un gobierno que requiere abandonar alguna de estas políticas, deberá exigírsele que fundamente de manera seria su decisión, en base a estudios que den evidencia concreta de perjuicios que pueda provocar algún programa (social) en función; ya que para él se destinaron recursos económicos, humanos, iniciativas de profesionales comprometidos, etc. que no se debieran desechar sin sólida justificación.

Cuando se suspende algún programa o política pública, lo que principalmente debe redirigirse es el recurso humano (aunque el económico se corte), pues el personal que trabajó en tal programa probablemente quedará frustrado al comprobar que aquello que se concibió como necesario, no se realiza; y ver sus ingentes esfuerzos tirados al agua le generará gran desánimo, tal como sucede hoy con un amplio sector de trabajadores del Estado. Esto solo conduce al desaliento en el trabajo y a la ley del mínimo esfuerzo en la aplicación de nuevos programas o al aumento de la burocracia.

5.2 Sobre la descentralización de la salud pública como cambio institucional y la estructura organizacional que requiere. El papel de esta intervención sociológica.

La descentralización del Estado peruano es un proceso largo y complejo que se refleja, de esta misma manera, en el campo de la salud pública. Requiere esfuerzos de articulación entre instancias y niveles que tengan actores comprometidos con ella, para que este objetivo (descentralizar) prime sobre las diversas tensiones que se dan en los juegos y negociaciones, de esta nueva distribución del poder.

Una primera reflexión que hago aquí, es que mi presencia como socióloga en esta estructura hubiese sido infructuosa e inútil sin la comprensión de la necesidad de una participación activa en el proceso de ejecución directa del PSE; elemento fundamental de la intervención sociológica.

Los autores citados en el primer capítulo de este informe profesional no solo han elaborado los postulados teóricos mencionados, recalcándonos la urgencia de estudiar los sistemas de organizaciones de los hombres, sino que su teoría permite una orientación sobre cómo analizar prácticas sociales concretas. Desde esta perspectiva, consideré la teoría como el fundamento para obtener las herramientas que me permitan el análisis de una realidad y, teniendo en cuenta que mi trabajo se basaría en experiencias de acción colectiva, fue esta orientación (donde la teoría sirve a mejorar la acción), la que me resultó más apropiada para el caso concreto de mi participación en la DGCISRI y en el PSE concretamente.

¿Por qué? Porque estos procedimientos científicos (la Intervención Sociológica y el Análisis Organizacional) no estudian en lo abstracto ni parten de conceptos previos, sino van a la práctica a descubrir la naturaleza, los juegos, las

estructuras en las relaciones de poder entre los actores involucrados en una organización. Como investigadora re-descubrí estos criterios en la práctica, aplicándolos a mi propia labor en etapas sucesivas; tuve que utilizar desde la observación participante, la comparación y estudio de todo tipo de experiencias que nutrieron mi objeto de estudio, hasta la interpretación de la compleja interacción entre los rectores, gestores y ejecutores del PSE.

Como parte de este activo involucramiento, fue necesario partir del estudio y comprensión del proceso de descentralización de la salud pública. Asumí la necesidad de buscar este cambio, y eso fue fundamental para enfocar el trabajo de todos los actores como parte de una acción social más amplia en la que se comprometen. Esta comprensión fue el primer elemento que me permitió capacidad o poder de negociación y articulación con los actores de diferentes niveles.

Como socióloga aprendí sobre el papel de la sociología en la salud pública (especialidad de la sociología aún no desarrollada en Perú) y cuán importante resulta que en políticas públicas se busque mejorar las estrategias de las organizaciones que las aplican; entendí mejor que desde la profesión se ayuda a reconocer los entrapamientos burocráticos y cómo resolverlos, para que los actores se conozcan más y engranen su trabajo más cooperativamente.

Al mismo tiempo, al encargarme de la coordinación del PSE, asumí una función de línea estratégica, como gestora intermedia, para enlazar los niveles de rectoría, dirección (gestión) y de base operacional de este programa. Esta posición fue esencial para detectar los entrapamientos en la estructura de la organización, debido a relaciones de poder con una verticalidad ciega y perjudicial a los objetivos y avance del propio PSE. Tomé conciencia de mi ubicación como eslabón o gestora intermedia de toda la estructura y, aún

consciente de los problemas iniciales, mi primera idea meta fue la de hacer que las cosas funcionen, posibilitar el cambio, pues era un programa en marcha, con partida presupuestal ya aprobada y, si bien tenía evidentes problemas de diseño, concebí que su aplicación podía proporcionar lecciones para extenderlo e implementarlo luego a todas las escuelas públicas; así podría llegar a ser favorable y estratégico para promover una cultura de salud y hábitos saludables en los escolares, futuros ciudadanos y motor del crecimiento del país.

Por otro lado, la intervención sociológica me permitió un margen de maniobra entre los actores. ¿Cómo logré este margen de maniobra? Tuve que desarrollar habilidades: para empezar, habilidades técnicas, sea, entender los procesos necesarios para llevar adelante las actividades del PSE y su control. En segundo lugar, habilidades humanas, para comunicarme con respeto y receptividad hacia las necesidades y el trabajo de los diferentes actores, en los diferentes niveles de la estructura; esta fue para mí la principal habilidad, pues me resultó esencial desarrollar empatía con los actores del nivel operacional. Finalmente, habilidades conceptuales, entender las metas que el PSE buscaba, la gestión de la salud pública y el contexto de descentralización ya planteado.

Gracias al conocimiento acerca de herramientas (el monitoreo por ejemplo, generación de encuestas y entrevistas) y la aplicación de recursos dentro de los criterios de la intervención sociológica, pude comprobar que, si se propicia una mejor articulación entre los niveles superiores e inferiores de la jerarquía institucional, se generaba (y generó) que el mismo programa lograra tener un impacto en los resultados requeridos. De un inicial avance mínimo y un insuficiente gasto presupuestal del programa, que no llegaba al 5% y las actividades al 20%; al encontrar dónde estaban los problemas y desentramarlos, al propiciar que las diferentes oficinas se articulen para

lograr los objetivos, se pudo avanzar, y algunas redes incluso culminar toda la parte de diagnóstico de los niños e iniciar el tratamiento a los problemas encontrados en ellos.

La aplicación de esta intervención sociológica ha demostrado que, cuando se generan mejores relaciones entre los actores (aunque aún se esté lejos de contar con los niveles deseables de autonomía e iniciativa, pues el propio sistema no permite desarrollar este grado de organización), cuando al menos se logra propiciar cambios en ese rumbo y se fortalece la capacidad de negociación de los actores, es decir, su manejo de poder, se beneficia toda la organización, y sin duda esto apunta a mejorar los resultados de programas y planes de salud, en favor de la población a la que están dirigidos.

De la experiencia que he tenido en esta intervención, puedo concluir también que en una organización tan grande y compleja como el sector salud (o cualquier otro sector público encargado de brindar servicios a la población), es indispensable implementar esta línea estratégica donde haya gestores intermedios [sociólogos(as) por ejemplo] que logren vincular adecuadamente la cima de la organización con sus operadores de base, y viabilicen las necesarias comunicaciones entre todos los niveles e instancias, para una aplicación más eficaz de las políticas públicas.

Finalmente, en estas conclusiones no puedo obviar los hechos actuales que, si bien han sido mencionados, no he adentrado en ellos pues esta intervención sociológica corresponde al período 2014-2015. En el presente, no existe el IGSS (fue desactivado por el Congreso de la República, con acuerdo del MINSA); por otro lado, el ejecutivo abandonó el programa marco Aprende Saludable y el MINSA, el PSE. Con la base que me proporciona esta investigación, debo ser enfática en señalar que esto tiene implicancias negativas y genera un retroceso

para la *buena salud* de la gestión pública, en el contexto de la descentralización.

Se debe considerar que, durante varios años, trabajadores y trabajadoras del sector público han empeñado tiempo, esfuerzo y recursos en estos objetivos, en buscar una gestión descentralizada para LM y en programas de salud como el PSE, que se abandonan sin estudio ni justificación adecuada. Es más, el programa marco Aprende Saludable, estaba concebido como una estrategia de articulación intersectorial (de tres ministerios), capacidad muy poco desarrollada aún en la gestión pública, que significó la movilización positiva de muchas voluntades y una experiencia modelo a mejorar y replicar. Estos retrocesos desgastan al trabajador público, debilitan la gestión pública y la descentralización misma. Para avanzar en estos procesos, se requiere mayor responsabilidad con ellos, dentro de una visión estratégica, de largo plazo, principalmente desde el ejecutivo; hay base para ello, esta intervención demuestra que sí existe el compromiso en muchos trabajadores públicos.

BIBLIOGRAFÍA

ASAMBLEA NACIONAL DE GOBIERNOS REGIONALES

2015 *Los Gobiernos Regionales al inicio de su segunda década. 46 experiencias de éxito de la gestión pública regional*. Lima: ANGR

BARDÁLEZ DEL ÁGUILA, Carlos

2006 *Descentralización en salud y gobiernos locales*. Lima: Promoviendo Alianzas y Estrategias (PRAES), Abt Associates Inc.

BELTRÁN, Arlette y Janice SEINFELD

2013 «Retos del sistema de salud: El paradigma del cáncer». En SEMINARIO, Bruno, Cynthia SANBORN y Nikolai ALVA (editores). En *Cuando despertemos en el 2062*. Lima: Universidad del Pacífico, pp. 443-483.

BRICEÑO-LEÓN, Roberto

2003 *Endemias, epidemias y modas: la sociología de la salud en América Latina*. España: Federación Española de Sociología.

CROZIER, Michel y Erhard FRIEDBERG

1990 *El actor y el sistema. Las restricciones de la acción colectiva*. México: Alianza Editorial Mexicana

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

1997 *Ley General de Salud*. Ley 26842. Lima: El Peruano.

2002 *Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV, sobre descentralización*. Ley 27680. Lima: El Peruano.

2002 *Ley de Bases de la Descentralización*. Ley 27783. Lima: El Peruano.

- 2002 *Ley Orgánica de Gobiernos Regionales*. Ley 27867. Lima: El Peruano.
- 2003 *Ley Orgánica de Municipalidades*. Ley 27972. Lima: El Peruano.
- 2004 *Ley del Sistema de Acreditación de los Gobiernos Regionales y Locales*. Ley 28273. Lima: El Peruano.
- 2007 *Ley Orgánica del Poder Ejecutivo*. Ley 29158. Lima: El Peruano.
- 2013 *Ley que delega en el Poder Ejecutivo la Facultad de Legislar en Materia de Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud*. Ley 30073. Lima: El Peruano.
- 2016 *Ley que Desactiva el Instituto de Gestión de Servicios de Salud*. Ley 30526. Lima: El Peruano.
- CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
- 2014 *Estudio del proceso de descentralización en el Perú*. Lima: Apoyo Consultoría
- DOIG, Sandra
- 2011 *Formulación y actualización de la Hoja de Ruta de la descentralización de la función salud y propuesta de agenda para el fortalecimiento del proceso de descentralización. Informe de sistematización y propuesta de agenda*. Lima: PARSALUD-MINSA

FRENK, Julio

1992 *La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.

INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD

2015 *Resolución Jefatural 060-2015/IGSS*. Portal web del IGSS.

JIMÉNEZ ALVA, María del Rosario

2012 «Descentralización con participación social activa en salud: de la teoría a la práctica». En COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. En: *Descentralización en Salud*. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, pp. 9-18.

LAZO GONZALES, Oswaldo

2012 «Descentralización en salud: situación y perspectivas». En COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. En *Descentralización en Salud*. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, pp. 66-83.

MEJÍA NAVARRETE, Julio

2005 «La sociología en el Perú. Trayectoria histórica y desafíos teóricos». En UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. En *Investigaciones Sociales*. Lima: UNMSM

MINISTERIO DE SALUD

2001a *Lineamientos para la conformación de redes de salud*. Resolución ministerial 122-2001-SA/DM. Lima: Dirección General de Salud de las Personas – MINSA.

- 2001b *Lineamientos para la organización de redes y de microrredes*. Resolución ministerial 443-2001-SA/DM. Lima: Dirección General de Salud de las Personas – MINSA.
- 2010 *Constituyen la Comisión Intergubernamental de Salud*. Resolución ministerial 871-2009/MINSA. Lima: El Peruano.
- 2013 *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. Lima: Consejo Nacional de Salud – MINSA
- 2016 *Disponen inicio del proceso de transferencia de competencias, funciones, presupuesto, recursos, acervo documentario y bienes del Instituto de Gestión de Servicios de Salud al Ministerio de Salud y conforman la Comisión de Transferencia*. Resolución ministerial 974-2016/MINSA. Lima: El Peruano.
- 2013 *Decreto Legislativo que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado*. Decreto legislativo 1153. Lima: El Peruano.
- 2013 *Decreto Legislativo que aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud*. Decreto legislativo 1157. Lima: El Peruano.
- 2013 *Decreto Legislativo que dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la superintendencia nacional de aseguramiento en salud*. Decreto legislativo 1158. Lima: El Peruano.

- 2013 *Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud*. Decreto legislativo 1163. Lima: El Peruano.
- 2013 *Decreto Legislativo que establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al régimen de financiamiento subsidiado*. Decreto legislativo 1164. Lima: El Peruano.
- 2013 *Decreto Legislativo que aprueba la ley de organización y funciones del Ministerio de Salud*. Decreto legislativo 1161. Lima: El Peruano.
- 2013 *Decreto Legislativo que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud*. Decreto legislativo 1166. Lima: El Peruano.
- 2013 *Decreto Legislativo que aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público*. Decreto legislativo 1159. Lima: El Peruano.
- 2013 *Decreto Legislativo que crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud*. Decreto legislativo 1167. Lima: El Peruano.

MINTZBERG, Henry y James B. QUINN

- 1991 *El proceso estratégico: conceptos, contextos y casos*. México: Prentice Hall Hispanoamericana.

MUÑOZ CABREJOS, Fanni y Otros

2017 *Revisión de las políticas educativas 2000-2015. Continuidades en las políticas públicas en educación en Perú: aprendizajes, docentes y gestión descentralizada.* Lima: UNESCO

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

2009 *Global Health Risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks.* Ginebra: OMS.

PODER EJECUTIVO

2006 *Establecen disposiciones relativas al proceso de transferencia de la Gestión de la Atención Primaria de Salud a las municipalidades provinciales y distritales.* Decreto supremo 077-2006-PCM. Lima: El Peruano.

2010 *Reconocen a la Comisión Intergubernamental del Sector Salud.* Secretaria de Descentralización 006-2010-PCM/SD. Lima: El Peruano

2014 *Aprueban Reglamento de Organización y Funciones del Instituto de Gestión de Servicios de Salud.* Decreto supremo 016-2014-SA. Lima: El Peruano.

2016 *Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerios de Salud.* Decreto supremo 007-2016-SA. Lima: El Peruano.

POLO CORNEJO, Andrés

2012 «Lima Metropolitana: Transferencia postergada». En COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. En: *Descentralización en Salud*. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, pp. 33-39.

PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS

2012 *Plan nacional de descentralización 2012-2016*. Lima: Secretaria de Descentralización.

2016 *Documento de Trabajo: Capacidades Institucionales. Un Nuevo Enfoque hacia el Fortalecimiento para la Gestión Descentralizada*. Lima: Secretaria de Descentralización.

ROCHABRÚN S., Guillermo

1995 «Horizontes y discursos en la sociología peruana». En: PORTOCARRERO, Gonzalo y Marcel VALCARCEL (editores). En *El Perú frente al siglo XXI*. Lima: PUCP Fondo Editorial, pp. 635-648.

1998 *Sociología y pensamiento social en el Perú, 1896-1970: encuentros y desencuentros*. Lima: Tesis (Mag.). PUCP. Escuela de Graduados.

ROJO PÉREZ, Nérida y Rosario GARCÍA GONZÁLES

2000 *Sociología y salud. Reflexiones para la acción*. Cuba: Escuela Nacional de Salud Pública Carlos J. Finley

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

2015 *Resolución jefatural 045-2015/SIS*. Lima: El Peruano.

SOLÍS TUPES, Wilfredo

2012 «El proceso de descentralización de la salud: ensayo de un médico para médicos y no médicos». En COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ. En: *Descentralización en Salud*. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú, pp. 46-85.

SULMONT SAMAIN, Denis

2011 *El sujeto en el corazón de la vida social. Introducción a la sociología de Alain Touraine*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

TOURAINÉ, Alain

1985 «Introducción al método de la Intervención Sociológica». En MATERIALES DE ENSEÑANZA. En *Sociología*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

UGARTE UBILLUZ, Oscar

2015 *Descentralización y reforma en el sector salud*. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.

2016 «Entrevista Dr. Oscar Ugarte». En: AMPLIACIÓN DE NOTICIAS - RPP del 14 de diciembre: http://plataforma.ipnoticias.com/Landing?i=8rjVc38Q1fmQN9n3eazhjw%3d%3d&cac=4tCby4y5O82hTBcPdLz5Bw%3d%3d&c=O%2bRM%2fIDAu0wPEp5Nz7lsey3FvR5%2fvYzosW1DruS4ZcY%3d&utm_source=alerta&utm_medium=correo&utm_content=video&utm_campaign=videomail

UGARTE SOLÍS, Mayen y Cinthya ARGUEDAS

2007 *Modelo de descentralización en salud para el nivel local*. Lima:

Promoviendo Alianzas y Estrategias, Abt Associates Inc.



ANEXOS

1. Cuadro n.º 1:

Del capítulo 2.2, página 33

«Funciones en salud por nivel de gobierno»

Gobierno nacional ⁶⁰	Gobierno regional ⁶¹	Gobierno local ⁶²
<ul style="list-style-type: none"> • Formular, dirigir, ejecutar, supervisar y evaluar la política sectorial, aplicable a todos los niveles de gobierno. • Dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas sectoriales. • Conducir el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. • Realizar el seguimiento y evaluación del desempeño y obtención de resultados de las políticas, planes y programas en 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobar y ejecutar políticas regionales en el marco de las políticas nacionales. • Aprobar el Plan de Desarrollo Regional de Salud. • Coordinar acciones de salud integral. • Participar en el SNCDS. • Actividades de promoción y prevención en salud. • Organizar los niveles de atención y administración en salud. • Organizar y mantener los servicios públicos de salud en 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar y reglamentar directamente o por concesión el servicio de agua potable, alcantarillado y desagüe, limpieza pública y tratamiento de residuos sólidos. • Los procesos de concesión son ejecutados por las municipalidades provinciales del cercado y son coordinados con los órganos nacionales de promoción de la inversión. • Proveer los servicios de saneamiento rural cuando éstos no puedan ser atendidos por

⁶⁰ Decreto legislativo 1161, Organización y Funciones del Ministerio de Salud, artículo 5º, 2013.

⁶¹ Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, ley 27867, artículo 49º, 2002.

⁶² Ley Orgánica de Municipalidades, ley 27972, artículo 80º, 2003.

<p>materia de su competencia, en los niveles nacional, regional y local, así como a otros actores del SNCDS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otorgar y reconocer derechos a través de autorizaciones y permisos, de acuerdo con las normas de la materia en su ámbito. • Las demás funciones que se establezca por ley. 	<p>coordinación con los gobiernos locales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Supervisar servicios de salud públicos y privados. • Prevención y control de emergencias y desastres. • Controlar la producción y suministro de medicamentos. • Promover la salud ambiental. • Ejecutar proyectos de infraestructura. • Proveer información a la población sobre el sector. • Promover el desarrollo de los recursos humanos. • Evaluar periódicamente los logros alcanzados. • Elevar los niveles nutricionales. 	<p>las municipalidades distritales o de centros poblados.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Difundir programas de saneamiento ambiental en coordinación con las municipalidades distritales y organismos regionales y nacionales pertinentes. • Gestionar la atención primaria de la salud, así como construir y equipar postas médicas. • Realizar campañas de medicina preventiva, primeros auxilios, educación sanitaria y profilaxis local.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

⁶³ Ugarte, Óscar. *Descentralización y Reforma en el Sector Salud*. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc. Julio de 2015. Pág. 4.

2. Cuadro n.º 3 y Cuadro n.º 4:

Del capítulo 4.2, página 86

Ficha de Monitoreo Componente 1

		PLAN DE SALUD ESCOLAR FICHA DE MONITOREO COMPONENTE 1 DIRECCION GENERAL DE CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD Y REDES INTEGRADAS INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD			FECHA: _____
RED de Salud		Numero de Celular del Responsable		Formación de Equipos	
NOMBRE DEL RESPONSABLE		Correo Electrónico del Responsable		Tamizaje	Recuperativo
Nombre del Evaluador		Otros Presentes y Contacto			Digitación

META Y AVANCE DE PSE COMPONENTE 1				
	Nivel Inicial	Nivel Primerías	Total	Salud Bucal
IEE Meta				
IEE intervenidas				
Pob Meta				
Pob Intervenido				

¿Cuenta con base de datos actualizada de las actividades realizadas de PSE en las IIEE?		
FUAs Digitadas	Aplicativo Digitado	HIS digitado-migrado

¿Cuál es su Plan para llegar a meta de digitación hasta fin del año?:

¿Cuenta con Programación para el tamizaje y la parte recuperativa a las IIEE de su jurisdicción, cómo planea llegar a la meta de tamizados para setiembre-octubre (Documento Impreso/Electrónico)?							
	Tamizaje			Parte Recuperativa			
Avanzado	Nutricional	S. Bucal	S. Ocular	Nutricional	S. Bucal	S. Ocular	
				Topografía con Fluorímetro - Zde			
Planificado para fin de Año							

¿Cuenta con equipamiento e insumos mínimos (balanza digital, talímetro móvil, tablas de valoración nutricional) (hemoglobiómetro, microcubetas, lancetas, cartillas de Snellen) para realizar las actividades de tamizaje en las IIEE (Requerimientos con fecha, órdenes de compra, cuadro de distribución)?	
¿Qué dificultades han tenido en la adquisición de insumos? ¿Cuáles han sido sus estrategias para cubrir sus necesidades de insumos?	

¿La asignación presupuestal viene siendo ejecutado con calidad (insumos y recursos humanos) para el cumplimiento de actividades del Plan de Salud Escolar? -Contar con el reporte de la ejecución presupuestal de su red con un corte al 7.09.15 y al día de monitoreo.	Recomendaciones para la mejora de Plan Salud Escolar
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Desafíos Principales en el avance a las Metas de PSE	Acta de Acuerdos
	Acciones de IGSS: Acciones de Red:

Representante IGSS	Representante RED de Salud
Firma: _____ Fecha: _____	Firma: _____ Fecha: _____

Ficha de Monitoreo Componentes 2 y 3

			PLAN DE SALUD ESCOLAR FICHA DE MONITOREO COMPONENTES 2 Y 3 DIRECCION GENERAL DE CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD Y REDES INTEGRADAS INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD		FECHA: <input style="width: 100px;" type="text"/>
RED de Salud		Numero de Celular del Responsable	Formación de Equipos		
NOMBRE DEL RESPONSABLE		Correo Electrónico del Responsable	Capacitación	Digitación	
Nombre del Evaluador		Otros Presentes y Contacto			

¿Cuenta con <u>Programación</u> de implementación de las acciones de los componentes 2 y 3 de PSE (Promoción de la Salud)? ¿Cuál es su plan para llegar a la meta de lo programado (Documento Impreso/Electrónico)?				¿Cuál es el nivel de coordinación que hay con el <u>gobierno local</u> en cuanto a ordenanzas municipales? Descripción y argumentación.	
IIEE META 3 Componentes (Convivencia, Lavado de Manos, Alimentación)	Nivel Inicial	Nivel Primera	Quiéscos META	Planificado	Avance
IIEE AVANCE 3 Componentes (Convivencia, Lavado de Manos, Alimentación)			CAPACITADOS		
IIEE META 3 Componentes (Salud Bucal y Actividad Física)			EVALUADOS EN PROCESO		
IIEE AVANCE 3 Componentes (Salud Bucal y Actividad Física)			EVALUADOS SALUDABLES		
¿Cuál es su plan para lograr las metas de intervención con IIEE, padres de familia y a docentes para fin de año?				¿Cuál es el nivel de coordinación que hay con <u>UGELES</u> en cuanto a asistencias técnicas y normativas? Descripción y argumentación?	
				Planificado	Avance

3

Detalles Principales	Recomendaciones para la mejora de PSE	Acta de Acuerdos
		Acciones de IGSS: Acciones de Red:

Representante IGSS Firma: _____ Fecha: _____	Representante RED de Salud Firma: _____ Fecha: _____
-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------

4

