



# **Propuesta del perfil directivo público en salud en el Perú desde una perspectiva regional**

Trabajo de Investigación para optar el Grado de  
Magíster en Gobierno de las Organizaciones

**María Alejandra Aramayo Gaona**

**Asesor:  
Dra. María Isabel Aguirre Nieto**

**Lima, noviembre de 2021**



## Dedicatoria

A Dios que puso en mi vientre

a Ana Alejandra†, mi hija.

Has sido mi motivo para que, desde donde  
esté, trabaje por la salud.

Te dedico cada uno de mis esfuerzos, cada  
palabra, cada idea, te amaré siempre niña hermosa  
que ahora habitas en mi corazón.

A Ana Gabriela, mi hija y compañera amada.





## Agradecimientos

A los Gestores Regionales que han contribuido con sus aportes a esta investigación por su valioso tiempo, su honestidad a responder nuestras interrogantes, su conocimiento y predisposición por vincular a la academia a la gestión pública.

A los expertos en salud pública, funcionarios y exfuncionarios, que han aportado con su conocimiento al análisis de los retos que los directivos en el sector tienen.

A mis maestros, que han incentivado una mirada crítica, reflexiva del rol del directivo en una organización que pone en el centro a la persona.

Especial agradecimiento a mi maestra y asesora de Tesis Marisa Aguirre, tu guía y compromiso me han aproximado en el camino.





## Resumen ejecutivo

*En nuestro país la prestación de servicios de salud se otorga a través del sector público y privado, del primero podemos decir que es un sistema que reviste un conjunto de complejidades - por un lado - el número de personas que a él recurren y la calidad de servicio que en este reciben y por el otro una organización ampulosa burocrática y dispersa, con directivos que deberían ejercer sus competencias de acuerdo con la demanda social. En este trabajo de investigación se busca elaborar un modelo de directivo público en salud para el Perú, desde una perspectiva regional.*

*Con tal propósito se ha desarrollado el análisis a la gestión directiva desde una perspectiva regional, a través de 5 Direcciones Regionales y 2 Gerencias Regionales de Salud en 7 departamentos: Arequipa, Cajamarca, Madre de Dios, La Libertad, Loreto, Pasco y Puno durante el periodo de los años 2017-2020, en el marco del proceso de descentralización que ha implementado el gobierno nacional como una política de Estado y del modelo propuesto por Pérez (2018) en su libro “Fundamentos de la dirección de empresas”.*

*Los resultados evidencian la disparidad y discrecionalidad en la gestión del directivo regional en las tres dimensiones estratégica, ejecutiva y de liderazgo, en donde el detonante no sólo es una precipitada transferencia de competencias subnacionales, sino la débil rectoría del Ministerio de Salud, por lo que se hace prioritaria la implementación de una tipología de directivos en torno a la función, en la que el perfil directivo en salud tiene un papel preponderante ya que convergen indisolublemente intereses sociales; el fin último del Estado es el ciudadano y el fin de la organización: la persona, plena, digna y con acceso a salud. La importancia de este directivo no se condice con su formación profesional y con las competencias que necesita, lo que hace más compleja la situación.*

**Palabras clave:** perfil directivo; dimensiones estratégicas; salud; descentralización



## Abstract

*In our country, the provision of health services is provided through the public and private sectors, we can say that it is a system that involves a set of complexities - on the one hand - the number of people who resort to it and the quality of service that in this they receive and on the other a big bureaucratic and dispersed organization with managers who should exercise their powers in accordance with social demand. This research work seeks to develop a model of public health officer for Peru, from a regional perspective.*

*For this purpose, the analysis of directive management has been developed through 7 Regional Health Offices in 7 departments: Arequipa, Cajamarca, Madre de Dios, La Libertad, Loreto, Pasco and Puno during the period of the years 2017-2020, within the framework of the decentralization process that the national government has implemented as a State policy and taking as a model proposed by Pérez (2018) in his book "Fundamentals of business management".*

*The results show the disparity and discretion in the management of the regional manager in the three dimensions: strategic, executive and leadership, where the trigger is not only a hasty transfer of sub-national competences, but also the weak leadership of the Ministry of Health, which is why the implementation of a typology of managers around the function is a priority, in which the Managerial Profile in Health has a preponderant role since social interests converge indissolubly; the ultimate objective of the State is the citizen and the objective of the organization: the person, full, dignified and with access to health. The importance of this manager is not consistent with his professional training and the skills he needs, which makes the situation more complex.*

**Keywords:** *executive profile; strategic dimension; health; decentralization*



## Tabla de contenido

Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos.....	v
Resumen ejecutivo.....	vii
Abstract.....	ix
Índice de tablas.....	xv
Índice de figuras.....	xvii
Índice de anexos.....	xix
Introducción.....	1
Capítulo 1. Marco contextual y teórico.....	3
1.1. Marco Contextual.....	3
1.1.1. El Sistema de Salud en el Perú.....	3
1.1.2. Base normativa de las Direcciones y Gerencias Regionales de Salud.....	11
1.1.3. El sector salud durante la pandemia.....	14
1.2. La descentralización de la salud.....	23
1.2.1. El proceso de descentralización en el sistema político peruano.....	23
1.2.2. La implementación de la descentralización en la gestión pública desde una perspectiva regional de salud.....	31
1.3. Marco teórico.....	49
1.3.1. La organización y las decisiones de gobierno en la salud.....	49
1.3.2. Dimensiones del directivo.....	55
1.3.3. Criterios de la acción directiva.....	57
Capítulo 2. Marco metodológico.....	63
2.1. Pregunta y propósito de la investigación.....	63
2.2. Objetivos de la investigación.....	63
2.2.1. Objetivo general.....	63
2.2.2. Objetivos específicos.....	63
2.3. Metodología.....	64
Capítulo 3. Situación actual de la dirección pública.....	67
3.1. Entrevista estructurada hacia directivos.....	67

3.1.1. Análisis de las entrevistas a los directores y/o gerentes regionales por dimensiones.....	67
3.1.2. Desarrollo de las entrevistas a gerentes y directores regionales por Gobierno Regional.....	76
3.1.3. Gerencia Regional de Salud de Arequipa .....	96
3.1.4. Sobre el proceso de descentralización en salud .....	97
3.2. Diagnóstico de la gestión pública regional .....	98
3.2.1. Dirección Regional de Salud de Puno.....	98
3.2.2. Gerencia Regional de Salud de Arequipa .....	103
3.2.3. Dirección Regional de Salud de Madre de Dios .....	109
3.2.4. Dirección Regional de Salud de Loreto .....	113
3.2.5. Dirección Regional de Salud de Cajamarca.....	118
3.2.6. Dirección Regional de Salud de Pasco .....	123
3.2.7. Gerencia Regional de Salud de La Libertad .....	128
Capítulo 4. Análisis de la gestión directiva.....	135
4.1. Análisis de las dimensiones de la dirección o gerencia .....	135
4.1.1. Dimensión estratégica .....	135
4.1.2. Dimensión ejecutiva.....	145
4.1.3. Dimensión de liderazgo .....	154
4.2. El Octógono del directivo regional público en Salud .....	168
4.2.1. El primer nivel: modelo mecanicista .....	168
4.2.2. El segundo nivel: modelo psicosocial.....	169
4.2.3. El tercer nivel: modelo antropológico humanista .....	171
Capítulo 5. Hacia un nuevo perfil del Directivo Público regional en salud.....	175
5.1. El nuevo perfil del directivo público regional en salud .....	177
5.1.1. La dimensión estratégica del nuevo perfil .....	177
5.1.2. La dimensión ejecutiva del nuevo perfil .....	178
5.1.3. La dimensión de liderazgo .....	178
5.2. Modelo ANALE (Autoridad Nacional Asistencial en Liderazgo, Ejecutivo y Estrategia En Salud).....	179
5.3. Propuesta para director(a) de la DIRESA / GERESA .....	182
Conclusiones .....	185
Bibliografía.....	187
Vita.....	197

Glosario de términos.....	199
Anexos.....	201





## Índice de tablas

Tabla 1. Decretos legislativos ligados directamente a la gestión de los gobiernos descentralizados en la lucha contra la pandemia.....	15
Tabla 2. Establecimientos de salud Puno – 2017 .....	99
Tabla 3. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Puno del 2017 al 2020...	102
Tabla 4. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región Puno - Salud del 2017 al 2020.....	103
Tabla 5. Establecimientos de Salud Arequipa – 2017.....	104
Tabla 6. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Arequipa del 2017 al 2020 .....	107
Tabla 7. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región Arequipa - Salud del 2017 al 2020 .....	108
Tabla 8. Establecimientos de Salud Madre de Dios – 2017.....	110
Tabla 9. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Madre de Dios del 2017 al 2020.....	112
Tabla 10. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región Madre de Dios - Salud del 2017 al 2020.....	113
Tabla 11. Establecimientos de Salud Loreto – 2017 .....	114
Tabla 12. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Loreto del 2017 al 2020 .....	116
Tabla 13. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región Loreto - Salud del 2017 al 2020.	117
Tabla 14. Establecimientos de Salud Cajamarca – 2017 .....	119
Tabla 15. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Cajamarca del 2017 al 2020 .....	122
Tabla 16. Unidad Ejecutora 400-765 Región Cajamarca - Salud Cajamarca del 2017 al 2020 .....	123
Tabla 17. Establecimientos de Salud Pasco – 2017 .....	125
Tabla 18. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Pasco del 2017 al 2020	127
Tabla 19. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región Pasco - Salud del 2017 al 2020..	128
Tabla 20. Establecimientos de Salud La Libertad – 2017 .....	129
Tabla 21. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de La Libertad del 2017 al 2020 .....	132

Tabla 22. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región La Libertad - Salud del 2017 al 2020 .....	133
Tabla 23. Presupuesto destinado a salud en la Región Madre de Dios .....	139
Tabla 24. Presupuesto destinado a salud en la Región Pasco .....	140
Tabla 25. Presupuesto destinado a salud en la Región La Libertad .....	140
Tabla 26. Presupuesto destinado a salud en la Región Arequipa.....	141
Tabla 27. Presupuesto destinado a salud en la Región Cajamarca.....	142
Tabla 28. Presupuesto destinado a salud en la Región Loreto .....	143
Tabla 29. Presupuesto destinado a salud en la Región Puno .....	143
Tabla 30. Presupuesto correspondiente al año 2017 (sin pandemia) -2020 en por GERESA y/o DIRESA .....	144
Tabla 31. Número de médicos colegiados, según departamento .....	149
Tabla 32. Número de enfermeros colegiados, según departamento.....	151
Tabla 33. Número de habitantes por cada médico según Región .....	152
Tabla 34. Número de habitantes por cada médico según Región .....	153
Tabla 35. Número de habitantes por cada enfermero según Región.....	153
Tabla 36. Rotación Gerente Regional Arequipa 2017-2020 versus ejecución presupuestal .	157
Tabla 37. Rotación Gerente Regional Cajamarca 2017-2020 versus ejecución presupuestal	158
Tabla 38. Rotación Gerente Regional La Libertad 2017-2020 versus ejecución presupuestal .....	158
Tabla 39. Rotación Gerente Regional Loreto 2017-2020 versus ejecución presupuestal.....	159
Tabla 40. Rotación Gerente Regional Madre de Dios 2017-2020 versus ejecución presupuestal .....	160
Tabla 41. Rotación Gerente Regional Pasco 2017-2020 versus ejecución presupuestal .....	161
Tabla 42. Rotación Gerente Regional Puno 2017-2020 versus ejecución presupuestal .....	163
Tabla 43. Principales fortalezas y debilidades en las dimensiones de Dirección .....	176

## Índice de figuras

Figura 1. Estructura del Sistema de Salud del Perú .....	6
Figura 2. Descentralización, políticas y espacios de acuerdos y gestión .....	10
Figura 3. Brechas de la infraestructura 2016 - 2025 por sector .....	10
Figura 4. Percepción del desempeño del Gobierno en el campo de la salud .....	19
Figura 5. Hoja de ruta 2021-2022 para la descentralización.....	23
Figura 6. Del enfoque sectorial al enfoque territorial .....	28
Figura 7. El rol de las regiones en el Perú.....	32
Figura 8. Componentes del proceso de descentralización en el Perú.....	34
Figura 9. Proceso de descentralización en el Perú .....	35
Figura 10. Plan de Desarrollo Concertado Comparado.....	38
Figura 11. Visión nacional a largo plazo.....	40
Figura 12. Dimensión administrativa .....	42
Figura 13. Transferencia de competencias al margen de capacidades subnacionales .....	44
Figura 14. Actores de política subnacional .....	46
Figura 15. Cadena de valor .....	47
Figura 16. Actividades para fortalecer capacidades en los Gobiernos Regionales.....	48
Figura 17. Componentes de la organización formal de un DIRESA .....	51
Figura 18. Funciones del órgano de gobierno de una organización.....	54
Figura 19. Las 3 dimensiones de las actividades directivas.....	55
Figura 20. Criterios para evaluar las decisiones directivas .....	58
Figura 21. Incentivos y recursos en una organización .....	59
Figura 22. Regiones seleccionadas para el estudio .....	64
Figura 23. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Puno versus el presupuesto asignado a salud .....	101
Figura 24. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Arequipa versus el presupuesto asignado a Salud.....	105
Figura 25. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Madre de Dios versus el Presupuesto asignado a Salud .....	111
Figura 26. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Loreto versus el Presupuesto asignado a Salud .....	115

Figura 27. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Cajamarca versus el Presupuesto asignado a Salud .....	120
Figura 28. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Pasco versus el Presupuesto asignado a Salud.....	126
Figura 29. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de La Libertad versus el Presupuesto asignado a Salud .....	131
Figura 30. Organigramas de los gobiernos regionales .....	136
Figura 31. Organigrama estructural del Gobierno Regional de Puno .....	137
Figura 32. Octógono del directivo en la Dirección/ Gerencia Regional de Salud .....	173



## Índice de anexos

Anexo 1. Cuestionario de las entrevistas hacia directivos regionales en salud.....	201
Anexo 2. Guía para el grupo focal de expertos en salud.....	203
Anexo 3. Organigramas regionales .....	204





## Introducción

La salud en el Perú es un servicio descentralizado en el Perú que se encuentra a cargo del Ministerio de Salud y de las Direcciones o Gerencias de Salud Regional. Hay una dirección o gerencia en cada una de las 25 regiones del Perú. Estas direcciones regionales están a cargo de los Gobiernos Regionales, y comenzaron a recibir mayores responsabilidades y a hacerse cargo del servicio de salud en sus respectivas regiones desde el año 2004 en el que empezó el proceso de descentralización en el Perú.

La Política General del Gobierno al 2021, aprobada mediante Decreto Supremo N° 056-2018- PCM (Presidencia de la República, 2018), priorizó seis ejes de acción: (i) integridad y lucha contra la corrupción; (ii) fortalecimiento institucional para la gobernabilidad; (iii) desarrollo social y bienestar de la población; (iv) crecimiento económico equitativo, competitivo y sostenible; (v) desarrollo social y bienestar de la población; (vi) descentralización efectiva para el desarrollo. Éste último eje, contemplaba dos objetivos específicos: institucionalizar la articulación territorial de las políticas nacionales; y, promover, desde distintos ámbitos territoriales del país, alianzas estratégicas para su desarrollo sostenible.

Los Gobiernos Regionales, mediante sus respectivas direcciones o gerencias regionales de salud, tienen a su cargo al sector salud dentro de cada región. Su función es vital dentro del sistema de salud peruano, pues están a cargo de acercar el servicio de salud a las personas mediante la construcción de infraestructura, compra de equipos, contratación de personal, generación de estrategias y campañas, entre otros.

Sin embargo, y al igual que con la gran cantidad de políticas en el Perú, los principales focos de atención están puestos en el ámbito nacional; dejando muchas veces de lado lo que sucede a nivel regional o subnacional. La mayor parte de la fiscalización y crítica mediática esta puesta sobre los directivos del Ministerio de Salud, mientras que se ignora o deja de lado la labor de los directivos regionales de las gerencias y direcciones regionales.

Según muestra la evidencia recopilada, existe una gran heterogeneidad en la gestión de estas direcciones y gerencias regionales. Algunas de ellas han ido aprendiendo de la experiencia, y generando estrategias propias para la gestión y la gerencia del servicio de salud en sus territorios, mientras que:

otras no han logrado hacerse de las capacidades necesarias o prestan escasa prioridad a sus funciones en materia de salud, principalmente en lo concerniente a

las intervenciones en salud pública, con el consecuente riesgo de que se presente cualquier emergencia sanitaria. (Lazo-Gonzales, et al., 2016, p. 31).

Esta situación se ha visto evidenciada en la Emergencia Sanitaria provocada por el COVID-19 en el Perú.

Es así como el presente trabajo pone atención en la labor desempeñada por los directivos públicos regionales en salud, para proponer un nuevo perfil de este tipo de directivo. El presente trabajo buscará responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es el perfil del directivo público idóneo para el sistema de salud público peruano desde una perspectiva regional, en el marco del modelo propuesto por Pérez? Para ello se usará como eje central la teoría de las decisiones de gobierno dentro de una organización propuesta por Pérez (2018) en su libro “Fundamentos de la dirección de empresas”.

En primer lugar, se realizará un análisis de las direcciones y gerencias regionales de salud, como organización y se desarrollará el modelo teórico propuesto por dicho autor. Esto servirá como un primer paso para comprender la estructura del sistema de salud peruano y la teoría a ser utilizada en el presente trabajo.

Posterior a ello, se presentará los hallazgos de las entrevistas realizadas a directivos públicos regionales. Para ello se ha seleccionado a siete regiones, ubicadas a lo largo del Perú, y se ha entrevistado a directivos de sus respectivas direcciones o gerencias regionales de salud. Esto permitió conocer sobre su labor y la situación actual.

En tercer lugar, se presentará el análisis realizado de estas entrevistas y el contraste entre la situación actual del gobierno de las direcciones y gerencias regionales de salud, respecto al modelo propuesto por Pérez. De esta forma se busca identificar las principales deficiencias y brechas de gestión en estas organizaciones.

Finalmente se plantea un perfil del directivo público para la mejora del gobierno de las direcciones y gerencias regionales de salud, sobre la base de los hallazgos identificados. Con ello se plantean las características que debería tener un nuevo perfil de directivo público regional en salud en el Perú.

# Capítulo 1. Marco contextual y teórico

## 1.1. Marco Contextual

### 1.1.1. El Sistema de Salud en el Perú

El sistema de salud en el Perú es complejo, la Constitución Política del Perú (1993) en los artículos 7 y 9 reconocen el derecho que como ciudadanos tenemos a la satisfacción en esta materia.

Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad

Artículo 9.- El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.

A través de la constitucionalización de este derecho, se interpreta que “todos tenemos derecho a gozar de salud” en dos extremos *el primero*, se proyecta a que el ciudadano tenga un estado pleno de salud y *segundo* que el Estado peruano es el responsable de tal satisfacción.

El Tribunal Constitucional (2006), supremo intérprete de la Constitución Política del Perú establece en el segundo fundamento de la sentencia:

La conservación del estado de salud en cuanto contenido del derecho constitucional a la salud comprende, a su vez, el derecho de acceso y goce de las prestaciones de salud. La conservación de la salud no es posible sin el acceso y sin el goce de las prestaciones correspondientes. Por esto, el acceso y el goce de las prestaciones de salud también están comprendidos en cuanto ámbitos de protección o contenidos del derecho a la salud. En consecuencia, una denegación arbitraria o ilegal del acceso a la prestación, una restricción arbitraria de la prestación, una perturbación en el goce de esta o, finalmente, una exclusión o separación arbitraria o ilegal de la prestación, constituyen lesiones del derecho constitucional a la salud.

Este capítulo pretende describir la complejidad del sistema de salud pública peruana y los retos del Estado para poder proporcionar a los ciudadanos de servicios que les permitan ejercer

plenamente el derecho a la salud. La primera parte de este capítulo introductorio hace referencia a la estructura del sistema de salud, su burocrático nivel organizativo y funcional, el marco regulatorio que lo determina y la visibilización de las consecuencias de una ampulosa organización que era ya deficiente en su aprisionamiento en el contexto de la pandemia COVID-19 que radicaliza sus impactos negativos en la población.

Empecemos revisando los conceptos de los organismos internacionales, según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2003), un sistema de salud “es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud”. Este requiere de elementos de entrada, o *inputs*, tales como personal, financiamiento, información, lineamientos, entre otros; para la generación de un servicio de salud que pueda satisfacer las necesidades de la población. En este punto cabe resaltar que un buen sistema de salud mejora la vida cotidiana de las personas de forma significativa.

La misma OMS (2005) recalca que “el principal responsable del correcto desempeño del sistema de salud de un país es el gobierno, pero también resulta fundamental la colaboración de las regiones, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias” (públicas o privadas). Este correcto desempeño comprende, según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (23 de septiembre de 2020, p. 1) la realización de las siguientes tareas:

- La orientación de la gobernanza y el financiamiento en el ámbito de la salud hacia la consecución progresiva de la cobertura universal de salud;
- La organización de la prestación integrada de servicios de salud centrados en la persona;
- La promoción del acceso a tecnologías sanitarias, así como su uso racional;
- El fortalecimiento de los sistemas de información e investigación sobre la salud y la integración de la evidencia en las políticas de salud y la atención de salud;
- La facilitación de la transferencia de conocimientos y tecnologías; y
- El desarrollo de recursos humanos para la salud.

Para el caso peruano, Cetrángolo, Bertranou, Casanova y Casalí (2013, p. 43) explican que “el sistema de salud del Perú comprende proveedores de servicios públicos y privados, cada uno de los cuales incorpora un conjunto de mecanismos de financiamiento y suministro de servicios integrados verticalmente”. Estos autores mencionan que, para la prestación del servicio de salud, el sector público se organiza en cinco segmentos.

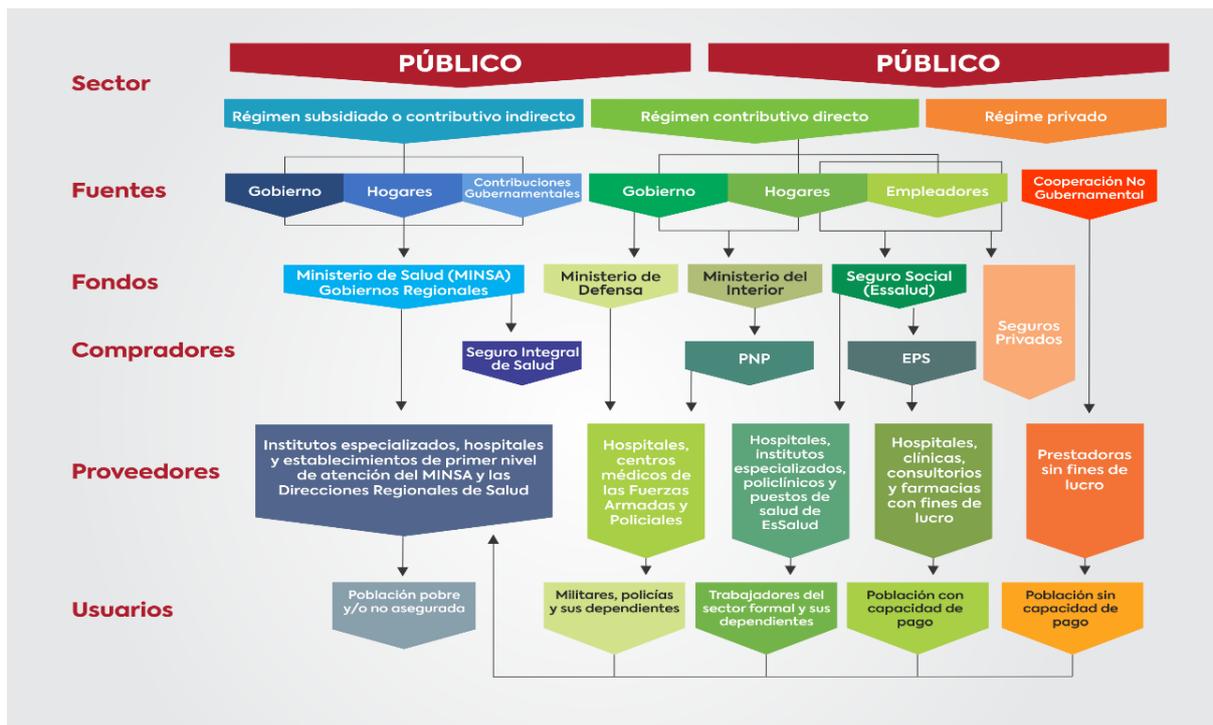
En primer lugar, está el servicio de salud ofrecido a la población no asegurada mediante una reducida cuota de pago, o cubierta por el Servicio Integral de Salud (SIS); este último subsidia la provisión de servicios a la población en situación de pobreza. Este servicio se presta en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa) y de los Gobiernos Regionales en todo el país, estructurando un sistema en tres niveles: nacional, regional y local.

El nivel nacional está conformado por el MINSa, los órganos desconcentrados del MINSa (Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud y los Institutos especializados). *El nivel regional* está representado por las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o la Gerencias Regionales de Salud (GERESA), pertenecientes a los gobiernos regionales que han asumido diferente denominación en virtud a la autonomía administrativa que gozan, reconocida por la Ley 27783, Ley de Bases de Descentralización y la Ley 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, de las que nos ocuparemos con mayor amplitud más adelante, siendo las funciones análogas entre DIRESA Y GERESA y, el nivel local, por algunas municipalidades encargadas de la administración y el presupuesto de los establecimientos de salud de sus jurisdicciones. (Cetrángolo et al., 2013, p. 43).

Por otro lado, los otros cuatro segmentos son:

- El Seguro Social de Salud – EsSalud, adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.
- Las Sanidades de las Fuerzas Armadas, adscritas al Ministerio de Defensa.
- La Sanidad de la Policía Nacional del Perú, adscrita al Ministerio del Interior.
- Las instituciones del sector privado: entidades prestadoras de salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC).

**Figura 1. Estructura del Sistema de Salud del Perú**



Fuente: Alcalde-Rabanal, Lazo-González, y Nigenda (2011, p. 244).

Frente a este escenario, Cetrángolo et al. (2013) resaltan que Perú posee un sistema de salud fragmentado y segmentado. Cada uno de estos segmentos actúa de forma autónoma y sin mayor articulación con los demás. Es por ello, que el Banco Mundial (2011, p. 44) describe al caso peruano como un sistema en el que cada subsistema opera independientemente, con sus propias reglas y redes de proveedores, y atiende poblaciones diferentes. La figura 1 muestra la estructura del sistema de salud peruano presentada por Cetrángolo et al. (2013), y elaborada por Alcalde-Rabanal, Lazo-González, y Nigenda (2011).

Efectivamente como se observa la estructura formal es ampulosa e ineficiente, un archipiélago burocrático, en el que cada uno de los subsistemas del sistema de salud (público y privado) duplica funciones a diferentes niveles y dimensiones como la rectoría y gestión recursos financieros, operativos técnicos, entre otros.

En un país en el que los recursos financieros siempre son limitados existe la necesidad determinante de racionalizarlos de tal forma, que se pueda satisfacer las necesidades de la población, que son universales en algunos criterios, pero muy específicos en otros condicionados por su territorio.

Para dimensionar las consecuencias de la trascendencia de la complejidad y desarticulación en el MINSA hago referencia al Programa Multianual de Inversiones en el sector salud (MINSA, 2021a), cuyo Listado de Activos Estratégicos está actualizado al 25 de

julio de este año en su portal institucional. De este instrumento de gestión se tiene que a nivel nacional tenemos aún una brecha del 25% para llegar a 1,355 establecimientos de salud al 2023, la brecha respecto a hospitales es mucho más profunda supera el 50% -172 hospitales para llegar a 303 en el mismo periodo de tiempo.

Según ha informado en su portal ComexPerú (citado en el artículo “¿Cómo empieza el sector salud en 2020?: infraestructura y equipamiento”, 31 de enero de 2020) “queda claro que la infraestructura y el equipamiento del sector salud están en condiciones precarias”.

La consecuencia directa de esto la pagan los pacientes, quienes no pueden acceder a una atención de calidad y en otros casos acaba en muertes. Así como somos ambiciosos en otros sectores, urge que el Minsa establezca una política clara para responder a los inmensos retos de la salud pública en el país.

Infraestructura que debía ser ejecutada por el gobierno nacional y regional, sin embargo, uno de los problemas fundamentales en el sistema de salud peruano es la falta de coordinación entre distintos niveles de gobierno. Tal como se mencionó, el primer, y más grande, segmento del servicio de salud pública en el Perú es el ofrecido a la población no asegurada en la red de establecimientos sanitarios del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales.

Con el propósito de subsanar la carencia de liderazgo y gestión y del sector salud el año 2018 el Congreso de la República aprueba la Ley N° 30895 (2018), Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud; al año próximo la Resolución Ministerial N° 805-2019-MINSA (Ministerio de Salud [MINSA], 2019) aprueba su respectivo reglamento.

De la norma se tiene que se establece las funciones rectoras del sector entre de las que se encuentran: la promoción, protección (del bien jurídico y público en materia de salud) el respecto de la salud de la vida y el bienestar de población, así como la conducción del Sector Salud; se determina que el ente rector en salud es el Ministerio de Salud en su calidad de Autoridad Nacional de Salud, ejerce como tal las funciones:

- Conducción sectorial.
- Regulación y fiscalización.
- Armonización de la provisión de los servicios de salud.
- La garantía del aseguramiento en salud.
- Modulación del financiamiento y velar por la ejecución de las Funciones Esenciales de la Salud de Salud Pública.
- Ejerce potestad sancionadora.

Con el relanzamiento de la función rectora en materia de salud que recae ahora en el Ministerio de Salud, se pretende homogenizar criterios que vinculen la conducción sectorial a la política nacional del Perú, tal como se menciona en el apartado 13 del Acuerdo Nacional (2002):

Nos comprometemos a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables. Nos comprometemos también a promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud. Con este objetivo el Estado:(a) potenciará la promoción de la salud, la prevención y control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas.

Otras funciones de la norma articulan la base legal al proceso de regulación y fiscalización, otras a la armonización y provisión de los servicios salud que consiste en generar complementariedad de proveedores públicos para satisfacer la necesidad que la operación sanitaria requiere; sin embargo, ninguna de las seis funciones de la Ley N° 30895 (2018) artículo octavo alude la función directiva en salud, sólo se limita a establecer que la autoridad de salud de nivel nacional debe evaluar el grado de ejecución de las funciones esenciales de los actores que integran el sector Salud, esta omisión es sin duda importante, en la medida que a mayor complejidad de la organización mayores capacidades resolutivas, estratégicas y de liderazgo requerirá de quien las dirija o gerencie.

En cuanto a la rectoría del sector a cargo de MINSA y su relación con la autoridad nacional se establece que el primero de promover la consolidación de la autoridad regional, para proteger adecuadamente la salud, la vida y el bienestar de la población. En la misma línea de establecer relaciones de coordinación y articulación funcional orientadas a establecer las prioridades y necesidades sanitarias en el ámbito de cada región, finalmente se lee que es el MINSA que establecerá el perfil del puesto que debe cumplir la autoridad regional de salud de acuerdo con sus funciones (Ley N° 30895, 2018, art. 7). A la fecha no tiene una propuesta formal por parte del ente rector en Salud -MINSA, como veremos más adelante.

El servicio de salud en el país esta descentralizado a nivel subnacional (gobiernos regionales y locales) por una política de Estado como analizaremos ampliamente en este capítulo. Por su parte, el Informe de Descentralización del año 2016, elaborado por la Secretaría de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros [PCM] (2017, p. 98), identifica tres características importantes referidas al sector salud:

El proceso de descentralización en el Sector Salud tuvo tres características importantes que resaltamos: (i) las medidas de fortalecimiento desarrolladas por el MINSA estuvieron alineadas con el proceso de descentralización del Estado; (ii) la permanente coordinación intergubernamental facilitó el proceso de transferencias, y después, como un correlato de los espacios creados dentro del Sector (espacios macrorregionales y otros), permitió crear e impulsar el funcionamiento de la CIGS, que se convirtió en una herramienta para la solución de problemas y la conducción sectorial; (iii) la constitución de mecanismos de asignación presupuestal alineados con las políticas sectoriales: mientras el SIS – a pesar de la limitación en términos relativos de su participación en el financiamiento – ha logrado reducir la dependencia de los servicios del cobro a los usuarios y expandir sustancialmente el aseguramiento de la población, las transferencias para la inversiones en Salud (CRISS) han garantizado la política de fortalecimiento del segundo nivel de atención en una lógica territorial.

El Informe de Descentralización (PCM, 2017) hace referencia a la compleja transferencia de competencias, durante los años 2004 y 2005 por el que el MINSA transfirió a los gobiernos regionales 16 competencias y 125 facultades, a la fecha los gobiernos subnacionales ejercen las competencias en salud en su territorio estando pendiente la transversalización de la salud en todas las políticas públicas (Vivienda, Educación, Transporte, etc.)

Un mecanismo de articulación que se estableció con el propósito de que posibilite el ejercicio coordinado de las competencias subnacionales han sido (PCM, 2017, p. 84):

Las reuniones del MINSA con los GORES, una característica a lo largo del proceso de descentralización. Primero para definir las transferencias, desde el 2009 solucionando los problemas de gestión en el nuevo escenario descentralizado, y a partir del 2012, orientada a la gestión de las políticas sectoriales acordadas previamente entre el MINSA y la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales y la articulación de las políticas nacionales y las regionales

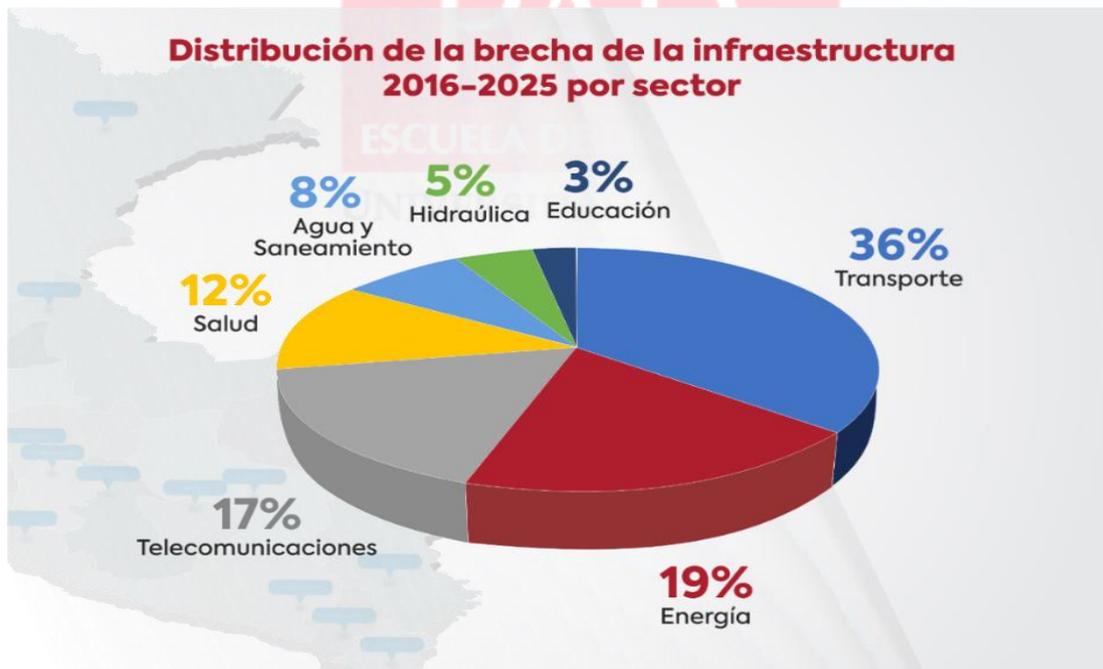
**Figura 2. Descentralización, políticas y espacios de acuerdos y gestión**



Fuente: PCM (2017, p. 100)

En efecto y anterior a la implementación del proceso de fortalecimiento y rectoría en el sector Salud, el Plan Nacional de Infraestructura (Bonifaz et al., 2015) consolida información respecto a la infraestructura estatal sanitaria y las brechas por cubrir en el sector salud, las cuartas más profundas.

**Figura 3. Brechas de la infraestructura 2016 - 2025 por sector**



Fuente: Arizmendi et al. (2016, p. 21)

En la figura que precede se observa que el sector salud en la provisión de servicios sociales básicos con otros de especial importancia como agua, saneamiento y educación,

representan el 22% de la brecha en total por cubrir por parte del Estado en sus diferentes niveles de gobierno, un porcentaje alto en perjuicio de la satisfacción de este servicio.

El sistema de salud público peruano, se establece en una estructura compleja, atomizada, poco articulada a nivel central, que no ha tenido la capacidad de adecuar sus subsistemas a las necesidades de salud que tiene el ciudadano peruano.

Esta circunstancia se agudiza con la transferencia prematura de competencias a los gobiernos regionales que a través de sus gerencias o direcciones regionales de salud ejerce con limitaciones sus funciones en la esfera sanitaria.

Por lo tanto, el marco regulatorio nacional expresa una voluntad y no la capacidad efectiva de poder gestionar el sector, derechos que se encuentran constitucionalizados y en normas de desarrollo constitucional como la Ley N° 30895 (2018), Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud y otras que analizaremos a continuación.

### **1.1.2. Base normativa de las Direcciones y Gerencias Regionales de Salud**

El Título II, Capítulo I de la Constitución Política del Perú (1993) referido al Estado, la Nación y el Territorio establece en el Artículo 43° que “la República del Perú es democrática, social, independiente y soberana. El Estado es uno e indivisible. Su gobierno es unitario, representativo y descentralizado, y se organiza según el principio de la separación de poderes.” Precedente a la vigencia de este texto normativo en el que se establece el sistema de gobierno entre otros único y descentralizado.

La estructura del sistema de salud peruano busca ser, en la norma, un sistema nacional, coordinado y descentralizado. La justificación normativa del presente sistema viene como hemos observado líneas arriba desde la Constitución Política vigente.

Respecto al acceso a la prestación del servicio de salud brindado, la Constitución Política del Perú (1993) establece, en su artículo 11, que “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento”. Es así como el Estado, aparte de brindar la prestación, tiene también un rol supervisor a las entidades privadas que también brindan este servicio. Asimismo, este debe de garantizar y proteger el derecho de seguridad social y de acceso a la salud.

Otra norma importante dentro del sistema es la Ley N° 26842 (1997), Ley General de Salud. Esta establece, en su artículo 122, lo siguiente:

La autoridad de salud se organiza y se ejerce de manera descentralizada entre los niveles de Gobierno Nacional, Gobierno Regional y Gobierno Local, de

conformidad con las normas que regulan el sector salud y dentro del marco de la Constitución Política del Perú, de la Ley 27657, Ley del Ministerio de Salud; de la Ley 27867, Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales; de la Ley 27972, Ley Orgánica de Municipalidades y de las leyes especiales que regulan distintos aspectos de la salud

De esta manera, se institucionaliza una autoridad descentralizada, en la que los gobiernos regionales y sus respectivas Direcciones y Gerencias Regionales de Salud, ocupan un lugar fundamental. Todo ello en respuesta y concordancia al proceso de descentralización por el que ha atravesado el Perú y las leyes orgánicas de los gobiernos regionales y las municipalidades. Es importante mencionar en este punto que, la Ley N° 27857 (2002), Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, menciona en su artículo 10, que las competencias compartidas de los gobiernos regionales, junto al gobierno nacional, son las brindadas en los servicios de: Educación, Salud pública, Promoción gestión y regulación de actividades económicas, entre otros.

Cetrángolo et al. (2013, p. 57) explican que bajo el marco de las leyes N° 27783 (2002), de bases de la descentralización y N° 29124 (2009), que establece la cogestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud, el Ministerio de Salud ha comenzado a transferir a los gobiernos regionales algunas competencias en salud. Estos autores mencionan también que el MINSA, a través de las Direcciones Regionales de Salud y las Direcciones de Salud, “fue transfiriendo recursos financieros, materiales y de personal, entre otros, hasta el momento en que estos se descentralizaron, pasando a los pliegos regionales, como parte del proceso de descentralización del Estado”.

Respecto a las Direcciones Regionales, la Ley N° 27867 (2002), Ley Orgánica de Gobiernos Regionales dice que:

Las Direcciones Regionales Sectoriales son órganos dependientes de las Gerencias Regionales correspondientes. Tienen a su cargo las funciones específicas de un sector en el ámbito del gobierno regional. Están a cargo de los Directores Regionales que son funcionarios de confianza. Para ser Director Regional se requiere acreditar ser profesional calificado y con experiencia en la materia sectorial respectiva, mediante concurso de méritos. Su designación y cese corresponde al Presidente Regional a propuesta del respectivo Gerente Regional.

Para el caso de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud, estas tienen a su cargo al sector salud dentro de cada región. Estas se encuentran dirigidas por un director/gerente

Regional de Salud, designado por el Gobernador Regional de turno, mediante una Resolución Regional. Este director/gerente Regional se encuentra con la potestad de nombrar a sus directores ejecutivos, directores de línea, y jefes de sus oficinas de apoyo, mediante una Resolución Directoral.

La Ley N° 27867 (2002), Ley Orgánica de Gobiernos Regionales establece que las funciones de los Gobiernos Regionales en materia de salud son:

- a) Formular, aprobar, ejecutar, evaluar, dirigir, controlar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.
- b) Formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud.
- c) Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional.
- d) Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente.
- e) Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud.
- f) Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los Gobiernos Locales.
- g) Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los Gobiernos Locales.
- h) Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.
- i) Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y control de riesgos y daños de emergencias y desastres.
- j) Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.
- k) Promover y preservar la salud ambiental de la región.
- l) Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.
- m) Poner a disposición de la población, información útil sobre la gestión del sector, así como de la oferta de infraestructura y servicios de salud.

- n) Promover la formación, capacitación y el desarrollo de los recursos humanos y articular los servicios de salud en la docencia e investigación y proyección a la comunidad.
- o) Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria.
- p) Ejecutar, en coordinación con los Gobiernos Locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de la población de la región.

### **1.1.3. El sector salud durante la pandemia**

Si bien es cierto como hemos descrito el sistema de salud pública tiene una estructura compleja, su cobertura es insuficiente y la mayor parte de usuarios están concentrados en el grupo de ciudadanos en condición de vulnerabilidad, por su situación económica y por carecer de un seguro de salud, la Pandemia por el COVID 19 evidencia las precariedades antes descritas en todos los niveles de gobierno.

En el presente ítem presentaré algunos indicadores que permitan ilustrar la falta de articulación en el sector salud entre el gobierno nacional y los gobiernos regionales.

A nivel estratégico la falta de aprovisionamiento de implementación de equipamiento de camas de unidades de cuidados intensivos, oxígeno, etc. Aun cuando la Pandemia se había evidenciado ante el mundo varios meses antes de manifestarse en nuestro país. Al mismo tiempo esta situación agudiza una demanda más estructural, la falta de infraestructura sanitaria de diferentes capacidades resolutivas, falta de personal médico y asistencial.

La pandemia grafica en la dimensión ejecutiva la forma en la que se asumen las decisiones, se implementan y evalúan. Como veremos la crisis sanitaria además devela la falta de liderazgo que trasciende al sector salud que involucra a la nación que tiene a la fecha los peores indicadores respecto al manejo de la crisis.

El 6 de marzo 2020 se reportó en el Perú el primer caso de COVID-19, como consecuencia de la propagación de la Pandemia coronavirus (2019-nCoV) que se origina en diciembre del año 2019 en la ciudad de Wuhan de China. Las primeras medidas adoptadas por el gobierno fue la ejecución del “Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al Riesgo de Introducción del Coronavirus Covid-2019”. Acompañado de algunos protocolos en los aeropuertos, terminales marítimos y terrestres y zonas de mayor concurrencia de turistas.

Desde la declaratoria de emergencia nacional, solo en el 2020, se emitieron 43 decretos legislativos, 117 Decretos de Urgencia, así como 297 decretos supremos y 414 resoluciones

ministeriales, muchos ligados a la gestión regional y local, principalmente en materia económica, presupuestal, salud, educación y trabajo. (Presidencia del Consejo de Ministros, 2020).

**Tabla 1. Decretos legislativos ligados directamente a la gestión de los gobiernos descentralizados en la lucha contra la pandemia**

N° Decreto Legislativo	Descripción
Decreto Legislativo 1456	Establece la medida excepcional de cooperación laboral entre entidades públicas del 10 de abril de 2020. De acuerdo con dicho dispositivo, se establecía la medida excepcional de cooperación laboral entre entidades públicas, incluyendo a los GR y GL mientras se encuentre vigente la Emergencia Sanitaria a nivel nacional.
Decreto Legislativo 1460	Flexibiliza el procedimiento para la aceptación de donaciones provenientes del exterior por las entidades y dependencias del sector público en el marco de la cooperación internacional no reembolsable. Publicado el 16 de abril de 2020, autorizando a las entidades y dependencias del sector público comprendidas en el artículo 2 del presente Decreto Legislativo, que incluye a los GR y GL.
Decreto Legislativo 1486	Establece disposiciones para mejorar y optimizar la ejecución de las inversiones públicas a través de mecanismos que permiten que las entidades públicas ejecuten sus inversiones de manera efectiva, con procesos de retroalimentación y mejora constante durante su ejecución, para que el Estado brinde servicios públicos de manera oportuna a la población y se contribuya con el cierre de brechas de infraestructura y acceso a servicios públicos. Así, se brindan facilidades para la obtención del Certificado de Inexistencia de Restos Arqueológicos y del Plan de Monitoreo Arqueológico, así como para la utilización de metodologías Building Information Modeling u otras en las inversiones públicas. Asimismo, se prevé la flexibilidad y el seguimiento de la ejecución de IOARR- Inversiones de baja complejidad técnica- realizadas por núcleos ejecutores de las entidades públicas, incluyendo a los GR y GL.
Decreto Legislativo 1497	Marco normativo que promueve y facilita las condiciones regulatorias exigidas mediante la definición de medidas que reconocen la vigencia de títulos habilitantes, la reducción de exigencias administrativas para la obtención de la licencia de funcionamiento municipal, así como optimizar las condiciones para que la atención de los procedimientos se desarrolle con el fin de mitigar el impacto y consecuencias ocasionadas por la propagación de la COVID-19.
Decreto Legislativo 1500	Establece medidas especiales para facilitar la tramitación, evaluación, aprobación o prórroga de la vigencia de títulos habilitantes en procedimientos administrativos concluidos o en trámite, así como de las certificaciones ambientales. Incluye medidas para mejorar y optimizar la ejecución de proyectos de inversión pública - incluyendo las de GR y GL-, privada y público-privada, a fin de mitigar el impacto y consecuencias de la propagación de la COVID-19.
Decreto Legislativo 1505	Establece el marco normativo que habilita a las entidades públicas de los tres niveles de gobierno para disponer las medidas temporales excepcionales que resulten necesarias para asegurar que el retorno gradual de los/as servidores/as civiles a prestar servicios en sus centros de labores se desarrolle en condiciones de seguridad, garantizando su derecho a la salud y el respeto de sus derechos laborales, permitiéndole al Estado promover las condiciones para el progreso social y recuperación económica.

Fuente: Presidencia del Consejo de Ministros. Secretaría de Descentralización (2020b)

Los instrumentos de gestión regionales como planes de prevención y contención de la COVID-19 tuvieron limitaciones de adecuarse a las normas que dictaba el gobierno nacional, pocas fueron las gestiones regionales que adoptaron medidas desde el inicio, uno de los casos que se pueden mencionar es el de la región Cajamarca, que recurrió al trabajo conjunto con las rondas campesinas, otra región es Apurímac, que realizó un trabajo articulado con las distintas municipalidades provinciales y la población a partir de los comités de vigilancia epidemiológica (Presidencia del Consejo de Ministros. Secretaría de Descentralización, 2020b).

En cuanto a recursos humanos en salud a nivel nacional el Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (s. f.) registra a 86 252 médicos colegiados, es decir 1 médico por 373 habitantes; y 12 919 médicos en el Seguro Social de Salud (ESSALUD), además de 93 972 enfermeras colegiadas, una por cada 372 habitantes. No obstante, la pandemia puso en evidencia las graves deficiencias en infraestructura, equipamiento y distribución de nuestros establecimientos de salud en gran medida por el severo problema de centralización en la toma de decisiones del servicio de salud.

Sin embargo, es importante darle una mirada a ¿cómo se encontraba el sistema de salud peruano desde una perspectiva regional? Según cifras del INEI (s. f.), en el 2019 el gasto público destinado al sector salud fue de 21 millones 327 mil soles. El país contaba con 21 272 establecimientos de salud a nivel nacional como: 604 hospitales, 2 550 centros de salud, 8 710 puestos de salud, 18 Institutos de Salud Especializado, 8 584 Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud, y 806 Centros odontológicos. Además, de 390 establecimientos del Seguro Social de Salud.

En una nota publicada en la página del portal de Radio Programas del Perú [RPP] (“Los problemas del sistema de salud en el Perú: ¿Qué debe tener en cuenta el próximo mandatario o mandataria?”, 09 de abril de 2021), según el MINSA, “Lima concentra la mayor cantidad de establecimientos en sus tres niveles, especialmente los institutos especializados: de los 15 que tenemos en total, 10 se encuentran en la capital”. Ocasionando que los ciudadanos de provincias no tengan una oferta de salud próxima para un diagnóstico o un tratamiento oportuno, al dictarse las más severas medidas de confinamiento e inmovilización muchos de los ciudadanos originarios de provincias se encontraban en la capital de la república en búsqueda de algún tratamiento especializado que en sus respectivas jurisdicciones no lograban obtener, por lo que 231,139 personas buscaban volver a sus regiones de residencia, según la Defensoría del Pueblo (23 de abril del 2020).

Según la misma nota periodística mencionada en el párrafo anterior, esta desigualdad e inequidad se refleja en las cifras del INEI:

Por cada médico hay 228 habitantes, en Cajamarca -que concentra la mayor cantidad establecimientos del primer nivel de salud- un médico por cada tres mil personas. Asimismo, Loreto, una de las regiones más afectadas por la COVID-19 durante el 2020, cuenta con un médico por cada mil habitantes.

El 16 de marzo de 2020, el ex Presidente de la República, Martín Vizcarra, anunció una serie de medidas extraordinarias como el Estado de Emergencia, suspensión de actividades escolares, cierre de fronteras, y cuarentena por 15 días calendario (que posteriormente se irán ampliando) para tratar de ralentizar el contagio de personas con COVID-19 y asegurar el funcionamiento continuo de los sistemas de salud. No obstante, los casos fueron creciendo y el país enfrentó una de sus peores crisis, tanto en el ámbito sanitario como en el económico, político y social.

Todos estos problemas estructurales han dejado como saldo 2 094 445 casos positivos al COVID-19 (MINSa, 2021b), y la lamentable cifra de 195 243 fallecidos al 25 de julio del 2021, pese a los esfuerzos del Perú solo se cuenta con 1,978 camas UCI con ventilación mecánica a nivel nacional para atender a 33 millones de peruanos.

El COVID-19 ilustró que a nivel, macro, meso y micro deben fortalecer los niveles de articulación, afianzar el pleno ejercicio del principio de subsidiariedad, a través de la identificación y desarrollo de capacidades subnacionales, optimizar el talento humano a partir del uso de la tecnología de la información y comunicaciones, así como robustecer el manejo de competencias que les fueron transferidas.

El Informe “Balance Anual del Proceso de descentralización” (Presidencia del Consejo de Ministros. Secretaría de Descentralización, 2020a) presenta una serie de desafíos para el proceso de descentralización, entre los que destacan:

Las brechas en la prestación de los servicios como salud, educación, se acrecentaron afectando especialmente a las áreas urbanas más deprimidas y extensas zonas rurales; lo que obliga a revisar el desarrollo de capacidades, el ejercicio de la rectoría funcional y la asistencia técnica que deben proporcionar los sectores con competencias compartidas, para garantizar un proceso de descentralización efectivo y eficiente que garantice que los servicios lleguen al ciudadano, en contextos de normalidad y ante cualquier situación excepcional.

Como consecuencia de la pandemia se disminuyeron los ingresos fiscales, especialmente en las municipalidades (recursos directamente recaudados). Sin embargo, se incrementó el gasto corriente, lo que dificultó aún más la atención

de los servicios públicos por parte de los GORES y Gobiernos locales, requiriéndose la aprobación de sucesivas transferencias presupuestales, demostrando el alto impacto de la dependencia del nivel nacional, lo que requiere el desarrollo efectivo de la descentralización fiscal.

Se puede incluir aquí la delegación del Gobierno Nacional a los gobernantes regionales para que estos asuman la responsabilidad de implementar la cuarentena regional y a los alcaldes de mantener los servicios públicos con estándares de bioseguridad, con tal propósito se les transfirió recursos. De acuerdo con Aramayo (02 de mayo de 2020), en la primera etapa más de S/. 267 millones 162 mil al inicio de la cuarentena a los Gobiernos Regionales a fin de garantizar la continuidad de los servicios de salud; S/. 311 millones a 1,874 municipalidades para financiar la prestación de servicios públicos, S/. 300 millones más para la atención del COVID-19 adicionalmente en mayo del 2020 se les transfirió un total de S/. 800 millones a las municipalidades con el encargo que se cumplan los protocolos en sus jurisdicciones.

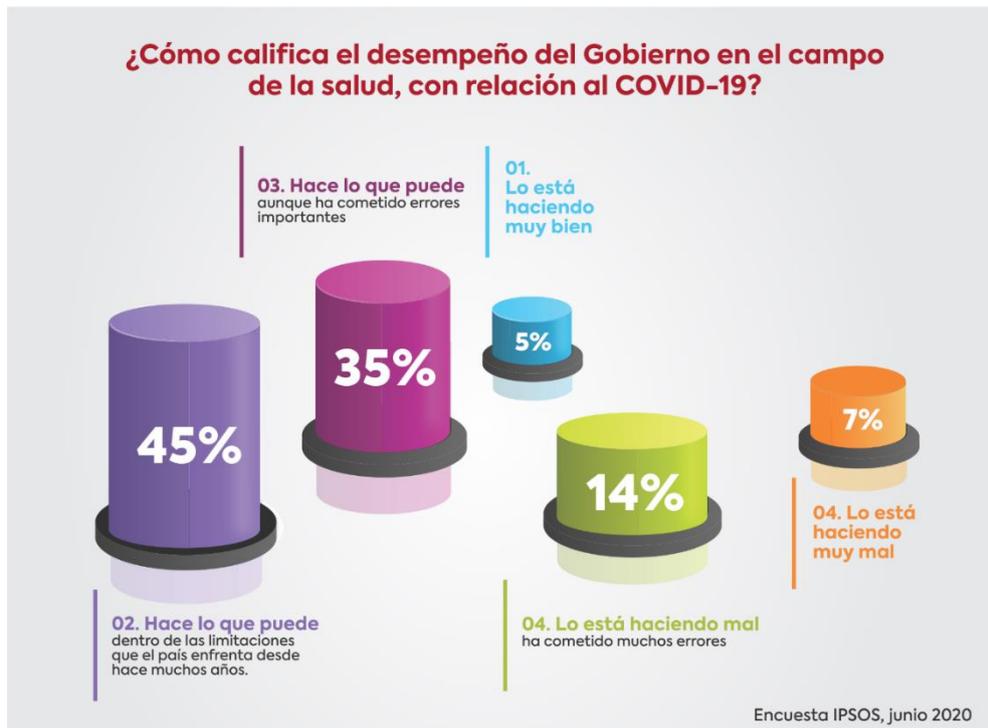
Una tarea mucho más operativa pero que ilustra la falta de capacidad en la toma de decisiones es que, a 45 días de la declaratoria del estado de emergencia, los gobiernos regionales en conjunto habían logrado ejecutar apenas un 25.6% del presupuesto asignado y los gobiernos locales 56.4%, según el portal transparencia del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF, 2021) al 30 de abril de ese año.

Para la misma fecha, los municipios del país tenían pendiente la entrega 954,467 canastas con productos básicos a nivel nacional. Sin embargo, de cada 10 familias beneficiarias, 04 no reciben, lo que debería ser el soporte alimentario más importante durante la cuarentena. Pese a que el Estado destinó S/ 213 millones para la adquisición y entrega de los productos alimentarios (Aramayo, 02 de mayo de 2020).

¿Y la ciudadanía qué percibía? El último informe de opinión (IPSOS 2020), que consulta respecto a la satisfacción en salud corresponde al 11 y 12 de junio del 2020, realizado por Ipsos, en 24 departamentos más la provincia constitucional del Callao y 34 provincias del país. El resultado es la desaprobación de la población con el 55% de la gestión del entonces ministro Víctor Zamora, la respalda el 41% y no sabe ni opina el 4%. En este sondeo no se realiza la consulta respecto al desempeño de las autoridades subnacionales, pero deviene como análoga, respecto a la muestra nacional.

Respecto a la pandemia se plantea la siguiente consulta en la misma fecha ¿cómo califica el desempeño del Gobierno en el campo de la salud, con relación al COVID-19?

**Figura 4. Percepción del desempeño del Gobierno en el campo de la salud**



Fuente: IPSOS (2020)

Para tener el contexto de lo que en la fecha del sondeo ocurre en el país, el 15 de junio del 2020:

El jefe de Estado informaba que se había adquirido 1 millón de dosis para el tratamiento del coronavirus y que estas arribarían al país en lotes semanales de entre 150 mil y 200 mil vacunas, el ministro de Salud (Víctor Zamora) indicaba, que ya se contaba con 12 laboratorios adicionales para la realización de pruebas de descarte y con mil equipos de respuesta, al mismo tiempo informaba que se tenía un puente aéreo permanente con las distintas regiones del país para dotarlas de oxígeno, en particular en aquellas zonas donde el insumo es más necesario por el avance del nuevo coronavirus. Por otro lado se informaba que el Decreto de Urgencia 066, que declara el oxígeno como un bien esencial y que se había decidido reducir las especificaciones de 99% a 93% para ampliar el mercado y lanza la contratación nacional de requerimientos para la producción de oxígeno local, redes para hospitales, balones y concentradoras. El presidente Vizcarra indicó que se pasaba a una nueva etapa de la lucha contra la pandemia, en la que cada ciudadano debe poner por delante su salud, para velar así por la de los demás. Esto implica el uso de mascarilla cuando se sale, guardar distancia con las

otras personas y mantener una higiene permanente. (PCM. Secretaría de Descentralización, 2020c, p. 1).

Las cifras de la pandemia a esa fecha en el Perú tenían un acumulado 6,308 fallecidos, una frecuencia de 5,961 infectados diarios/220, 749 infectados acumulados. Fallecían en el Perú a un promedio de 200 personas al día a consecuencia del COVID-19. El proceso de vacunación empezó 7 meses y 26 días después de estos anuncios hechos por el Presidente de la República Martín Vizcarra. (MINSa, 2020).

A la falta de liderazgo e integridad se tiene que:

Los actos de corrupción detectados se incrementaron durante la pandemia, en los 3 niveles de gobierno, lo que requiere estrategias más efectivas para implementar la política de integridad y lucha contra la corrupción desde el nivel nacional, desarrollando mecanismos en los gobiernos regionales y locales, que garanticen un debido uso de los recursos.

El decrecimiento económico y la pandemia no sólo ha afectado las actividades económicas y empleo en las regiones, sino que han evidenciado la incapacidad para generar oportunidades de empleo y reactivar la economía, en un contexto de alto nivel de informalidad laboral, limitados recursos / capacidades para potenciar las cadenas productivas, restricciones para actividades económicas críticas como el turismo y alta dependencia de mercados internacionales. (Presidencia del Consejo de Ministros. Secretaría de Descentralización, 2020a).

El “Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia del COVID-19 en el Perú” elaborado por el Comité de Alto Nivel sobre el COVID-19 del Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación [CONCYTEC] (2021), identifica determinantes estructurales y coyunturales para explicar el número de personas fallecidas en nuestro país, respecto al que denomina el pobre desempeño de nuestro país. Haciendo referencia a quienes debían ejercer funciones respecto a esta, sin embargo, la ciudadanía también ha sido objeto de análisis para el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONCYTEC] (2021):

Al mismo tiempo, en vez de que la pandemia fortaleciese la sensación de grupo, ocasionó creencias individualistas. Aunque esto se da en toda sociedad, se da de maneras diferentes, y en el caso de la pandemia que afecta al Perú, puede ser particularmente notorio. Algunas preguntas adicionales que deberemos hacernos en otras investigaciones son, por ejemplo, cuáles son las causas de que el ‘nosotros’ colectivo tarde en formarse sólidamente en el Perú, y cómo se puede apresurar el proceso para que eso suceda. (p. 28).

[De los primeros determinantes del informe destacamos que] antes de la pandemia, el Perú presentaba un gasto público en salud equivalente al 3.16% del PBI, un poco más de la mitad del gasto promedio de la región, y muy lejos del gasto promedio de los países de la OCDE: 10% del PBI. Tenía 946 camas en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), esto es, 29 camas por millón de habitantes. (p. 9).

Otro de los factores que podría explicar éste descuido ha sido la incapacidad para establecer un adecuado equilibrio entre los ámbitos y funciones de la salud pública y los de la salud privada, por otro lado un indicador elocuente del informe esta referido a la primera ola, entre los meses de abril y junio de 2020, se comprobó que las personas afectadas necesitaron oxígeno cuando se asumió la enorme necesidad de adquirir oxígeno, las tradicionales deficiencias en la gestión estatal y la defectuosa descentralización pública se hicieron presentes. (p. 10).

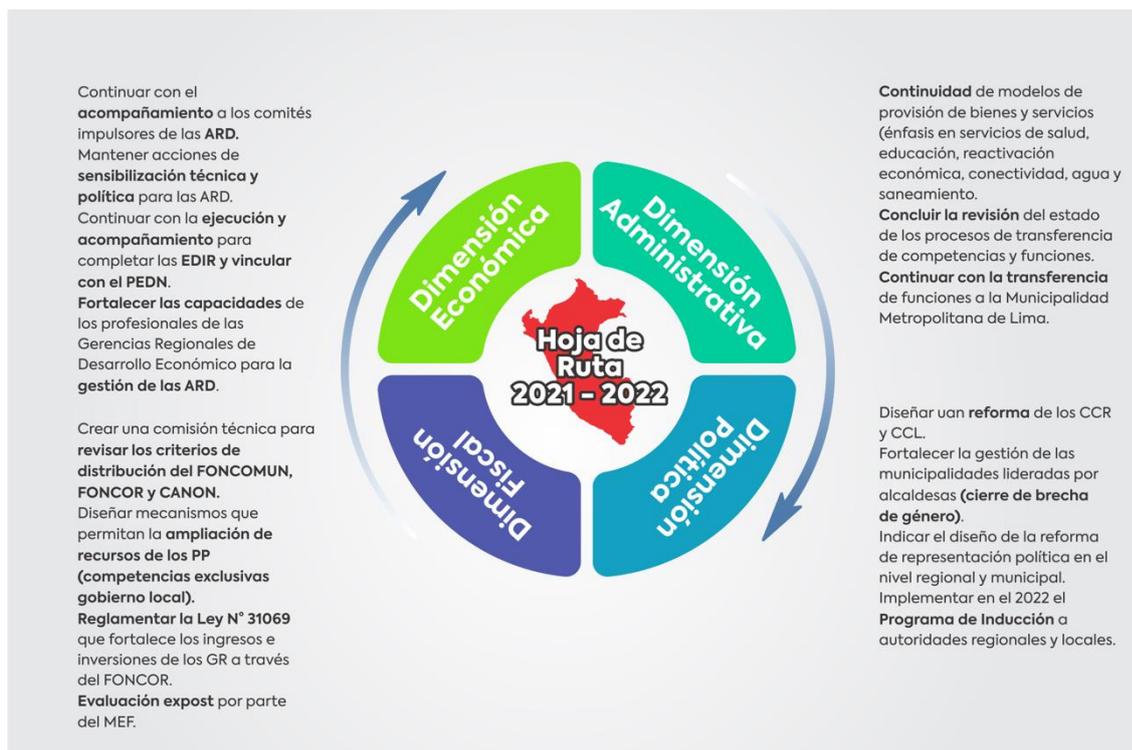
Respecto a los determinantes coyunturales se encuentra la falta de gobernanza y la ausencia de un primer nivel de atención en salud generaron que los pacientes acudieran a médicos particulares los que, en muchos casos, recetaban fármacos sin evidencia científica comprobada para combatir el coronavirus. (p. 20).

Los medios de comunicación identifican que el informe tiene una cuota de responsabilidad al dar exposición mediática a quienes no tenían rigurosidad científica, generando desinformación. Respecto a las conclusiones vinculadas a la investigación del CONCYTEC (2021, pp. 30 - 33) se tiene:

- 1) El número tan elevado de muertes por millón de habitantes expresa, con toda claridad, una falla masiva de las instituciones públicas y privadas del Perú.
- 2) La poca atención a la salud pública, última prioridad de sucesivos gobiernos, que se ha expresado en el bajo gasto en el sector salud, muy por debajo del promedio de América Latina.
- 3) La ancestral ausencia del Estado se expresó con toda su crudeza durante la pandemia: no fue posible atender a todos los que necesitaron cuidado, tratamientos y curación; muchos fueron librados a su suerte.
- 4) Las erradas políticas sanitarias, expresadas en marchas y contramarchas respecto a la cuarentena, los tratamientos médicos, las pruebas rápidas y moleculares, y su aplicación, la falta de seguimiento, [...].

- 5) Los desacuerdos y entrapamientos entre el sector público y el sector privado se expresaron en acaparamiento, especulación de insumos, cobros indebidos, ineficiente asignación de recursos.
- 6) Los desencuentros entre el sector académico, la práctica médica, y los funcionarios públicos, tuvieron como resultado decisiones equivocadas, demoras, respuestas inadecuadas, desprestigio de personas e instituciones.
- 7) La falta de electricidad, de agua potable y desagüe, el poco acceso a Internet, entre otras causas vinculadas a la pobreza real que todavía persiste en sectores de nuestra población
- 8) La informalidad laboral, tan masiva y persistente en el Perú, ha sido la causa directa por la que millones de compatriotas no pudieron cumplir con las cuarentenas decretadas por el gobierno.
- 9) Reforzar políticas de seguridad alimentaria y de alimentación saludable es urgente, para contribuir a elevar el nivel de salud de la población.
- 10) El sesgo ideológico y la desinformación de algunos medios de comunicación masivos han generado temores y pánicos. Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia del COVID-19 en el Perú masivos, amplificado la desconfianza, paralizado a funcionarios, resultando en graves retrocesos en decisiones públicas.
- 11) La debilidad del aparato productivo nacional, consecuencia de décadas de mantenimiento y profundización del modelo primario exportador, ha impedido que podamos producir la mayoría de los insumos y equipos necesarios para combatir la pandemia.
- 12) La desigualdad, que ya era alta antes de la pandemia, se ha acentuado. Ella ha sido un factor importante que explica nuestro pobre desempeño frente a la pandemia. Los sectores de menores ingresos han tenido mucho más infectados, hospitalizados y fallecidos que los sectores de mayores ingresos.
- 13) Los primeros han sufrido más allá de los efectos sanitarios, con pérdida de empleos, ingresos, mayor informalidad, desprotección social, mientras que los sectores de más altos ingresos, incluso los han aumentado.
- 14) Los fuertes impactos sanitarios, sociales, económicos y de condiciones de vida de la población, tuvieron importantes efectos emocionales y en la salud mental.

**Figura 5. Hoja de ruta 2021-2022 para la descentralización**



Fuente: PCM. Secretaría de Descentralización (2020a, p. 31)

“Todos estos hechos y comportamientos han manifestado la incapacidad de trabajar en equipo por un objetivo común” (CONCYTEC, 2021).

Como se puede ver, los indicadores de gestión en las diferentes dimensiones durante una crisis se hacen exponenciales. Lo dramático de la es que incide en lo más sensible que tiene la persona: su salud, su bienestar del que muchas veces depende su entorno más cercano.

Por esta razón es imprescindible revisar el proceso de descentralización, como una política estatal en la que se debe avanzar revisando los principios que la motivan para que su implementación sea coherente.

## **1.2. La descentralización de la salud**

### **1.2.1. El proceso de descentralización en el sistema político peruano**

Es relevante para la presente investigación revisar el proceso de descentralización, ya que este, circunscribe en el ejercicio público las competencias de los gestores subnacionales, es igualmente trascendente la diferenciación con la desconcentración, así como el fenómeno que ha originado ambas, el centralismo:

En la centralización, el Estado es la única persona jurídica pública que concentra las tareas y funciones públicas, por lo que, en puridad, no admite colectividades con vida jurídica propia. “las divisiones territoriales serán simplemente

circunscripciones tendientes para permitir una gestión más práctica de los servicios públicos estatales”; lo que implica un sistema de manejo del Estado con una administración rigurosamente jerarquizado en la que no hay entidades locales propias, sino que estas se encuentran totalmente subordinadas a las autoridades centrales. Por lo tanto, son meras transmisoras y ejecutoras de órdenes, pero desprovistos de poder decisorio. (Blume, 2006).

El país que ha conmemorado 200 años de su independencia tiene retos, uno de ellos la optimización de su organización estatal, por un lado, con 33 millones de habitantes, de ellos 9 millones en situación de pobreza y marginalidad y, la tercera parte de ellos concentrados en la capital de la república; por otro, la diversidad territorial, la idiosincrasia y diversidad cultural. Si bien es cierto, son oportunidades también son desafíos al momento de plantear la gestión de servicios.

Lazo-Gonzales, Alcalde-Rabanal, y Espinosa-Henao (2016, p. 31) mencionan que “se percibe que un buen número de gobiernos regionales, luego de un difícil período de aprendizaje, vienen asumiendo responsablemente el desafío de la salud en sus ámbitos y han logrado importantes objetivos sanitarios”. Sin embargo, esta situación no es la misma en todas las regiones, ya que los mismos autores también sostienen la presencia de:

[...] otros gobiernos regionales que no han logrado hacerse de las capacidades necesarias o prestan escasa prioridad a sus funciones en materia de salud, principalmente en lo concerniente a las intervenciones en salud pública, con el consecuente riesgo de que se presente cualquier emergencia sanitaria. (p. 31).

Esta situación se ha visto reflejada en la situación de Emergencia Nacional Sanitaria por el COVID-19 en el año 2020.

Cada Gobierno Regional tiene la facultad de administrar y gestionar los recursos de los establecimientos de salud en su territorio mediante su respectiva Dirección Regional de Salud (DIRESA) o Gerencia Regional de Salud (GERESA). Este modelo de gestión se produjo como consecuencia del proceso de descentralización por el que atravesó el Perú desde el año 2002, y se terminó de establecer en el año 2008. Aquel cambio trajo consigo grandes transferencias de recursos económicos hacia los gobiernos regionales, disminuyendo el papel del Ministerio de Salud. En complemento a esta información, el Banco Mundial (2011) señala que:

En un principio el papel jugado por los gobiernos regionales se limitó a ciertos aspectos de la administración y el MINSa retuvo una función determinante en la gestión de la DIRESA, la asignación formal de las responsabilidades ha dado lugar a un creciente papel de facto de las regiones en el liderazgo del sector.

Frente a lo mencionado, es crucial destacar el papel que juegan las Direcciones y/o Gerencias Regionales de Salud en la administración del servicio de salud en todo el Perú. De cara al proceso de descentralización, estas son organizaciones clave dentro del sistema de salud peruano, y su correcta administración influye en la mejora de la calidad de vida de los peruanos, ya que actúan como la autoridad encargada del servicio de salud en cada región. El principio de subsidiariedad ha sostenido el proceso de descentralización que incide entre otros en el sector salud. El Tribunal Constitucional [TC] (2006, fundamento 4.6) le ha dado dos dimensiones al principio de subsidiariedad, una vertical y otra horizontal:

La subsidiariedad vertical se refiere a la relación existente entre un ordenamiento mayor —que puede ser una organización nacional o central— y un ordenamiento menor —que pueden ser las organizaciones locales o regionales—, según la cual, el primero de ellos, sólo puede intervenir en aquellos ámbitos que no son de competencia del ordenamiento menor. Dicha orientación guarda estrecha relación con los servicios públicos y el desarrollo económico-social. Por su parte, la subsidiariedad horizontal está referida a la relación existente entre el Estado y la ciudadanía, en la cual el cuerpo político, respetando la autonomía y la libre determinación de los individuos, reduce la intervención pública a lo esencial. A través de ambos sentidos, el principio de subsidiariedad se constituye en un elemento de vital importancia para el Estado democrático de derecho, ubicándose entre la esfera de descentralización institucional y la autonomía de lo social, en cuanto principio que inspira un proceso de socialización de los poderes públicos.

De esta forma, se entiende que el proceso de descentralización es una herramienta que debería optimizar el funcionamiento del aparato estatal a favor de todos los ciudadanos, a través de la satisfacción de sus necesidades. Por su parte, el principio de subsidiariedad desarrollado por Carro (1991, p. 230), desde el punto de vista de la Doctrina Social de la Iglesia, resalta que:

La palabra subsidiariedad proviene del latín *subsidium* -socorro o ayuda- sin determinar si es al fuerte o el débil, o si es para conseguir la unión o la desintegración, más adelante establece que la subsidiariedad se aplica a toda acción u obligación que suple o robustece otra principal, la subsidiariedad es un principio que trata de hallar el nivel adecuado al ejercicio de cierta competencia, no siendo llamado el nivel superior más que cuando los niveles inferiores no sean capaces de ejercitarla.

Por su parte, Dulanto (2017) afirma que:

La Doctrina Social de la Iglesia confirma que el Estado en sus relaciones con el sector público debe aplicar el principio de subsidiariedad. En la Carta Encíclica *Quadragesimo Anno* se rechaza el liberalismo en el ámbito económico, pero se reafirma el valor de la propiedad privada con un sentido social como argumenta el Papa Pío XI que recomienda aplicar y considerar a la persona humana como primer destinatario de las políticas públicas constituye uno de los ejes principales de la enseñanza social católica. El principio de la dignidad de la persona humana es el principio sobre el cual se construyen los principios del bien común, de subsidiariedad y de solidaridad. (p. 75).

En el libro “Derecho Político” de Fayt (1985, p. 206) se lee que la centralización y descentralización política está referida a la organización que adquiere el Estado a través de sus órganos administrativos para ejercer funciones ejecutivas, El autor desarrolla subtipos, de los cuales identificamos el que ha adoptado el sistema peruano:

En el orden burocrático habrá centralización o descentralización según se faculte o no a los funcionarios o empleados subordinados a resolver ciertas cuestiones o adoptar determinadas resoluciones dentro de los límites de una competencia reglamentada. Es una descentralización por jerarquía dentro del orden administrativo. (Fayt, 1985).

López (1983, p. 246) comenta que Charles Roig se aproxima a un concepto operativo de la descentralización a través de la experiencia francesa para afirmar que es la repartición o distribución de competencias y “poderes” entre un organismo central y uno periférico. Sin embargo, apunta el mismo autor que en la doctrina hay profundas divergencias respecto a los criterios que la impulsan:

- a) Tocqueville restringe esta transferencia a los asuntos comunes y específicos respecto a los que hay intereses comunes y a los que no.
- b) Duguit, señala la autonomía jurídica y la económica de los órganos no centralizados (de ahí la descentralización por servicios o especial)
- c) Hauriou y de Vedel, hace referencia que la descentralización radica en la elección del agente por la comunidad respectiva es decir que tienen autonomía.

El epicentro de un debate necesario respecto a la viabilidad y sostenibilidad de la descentralización y la desconcentración se desarrolla tomando en cuenta el criterio argumentado por:

- d) Charles Eisenmann, quien argumenta que la diferencia fundamental entre ambos radica en la distinción estructural y normativa.

Respecto a la Descentralización y desconcentración; se tiene que la descentralización implica fundamentalmente:

La creación de otros centros de poder – aparte del ya existente-, a los cuales se atribuye competencias determinadas. El Poder central se despoja de parte de sus facultades, las cuales son asignadas a otros órganos para que de por sí decidan determinados asuntos en el lugar de los hechos. Por un lado, se agiliza la administración, y por el otro, se descarga al poder central y se le hace menos oneroso.

La Desconcentración se debe entender al desdoblamiento de sí mismo, que hace el poder central para atender mejor las necesidades de la periferia: No se trata de la creación de órganos autónomos con personalidad jurídica que toman sus propias decisiones, como es el caso de la descentralización, sino más bien, es el centro que se extiende a otros confines para facilitar mejor su propia administración. Se crea así sucursales, agencias o dependencias de una oficina central sin que el centro se desprenda de sus prerrogativas. Es casi como multiplicar la mesa de parte que tiene la ventaja de acercarse al administrado, sin resolver nada. (García, 2017, p. 31).

Según Penagos (citado en Blume, 2006, p. 72) “la desconcentración es, ante todo, una fórmula intermedia entre la centralización y la descentralización, participando de elementos comunes, pero en forma limitada de las dos modalidades”.

Es pertinente identificar qué modelo tiene el proceso de descentralización en nuestro país, más aún, cuando ésta se ha materializado sobre la estructura departamental, algunos detractores del proceso han aludido en más de una oportunidad que éste, es un proceso de departamentalización en el que se encargan competencias del ejecutivo sin que se haya “delimitado” territorial y funcionalmente.

### 1.2.1.1 Enfoque Territorial

López (1983, p. 103) también menciona que Burdeau propuso la premisa

Hay descentralización territorial cuando una colectividad territorial delimitada (provincia, región, condado, departamento, comuna) se beneficia por el reconocimiento de la personalidad, y en consecuencia sus agentes tienen, en la esfera así definida, la función de proveer a la totalidad o a un gran número de servicios que interesan especialmente a los habitantes de la circunscripción. [Además] Hay descentralización por servicios cuando la personalidad es acordada a uno o varios servicios públicos determinados, que interesan sea a los habitantes de una región sea a los del país entero, y cuyos agentes son capacitados para asegurar el funcionamiento de aquéllos con una cierta independencia semejante a la de la autoridad territorial.

**Figura 6. Del enfoque sectorial al enfoque territorial**



Fuente: Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. Secretaría de Descentralización (2017)

El autor eleva la definición a un determinante, la capacidad en el ejercicio de la competencia, no hay modelo de descentralización que esté garantizado por sí solo, es el otorgante, en este caso, el gobierno nacional erróneamente denominado gobierno central, denominación antagónica de lo que pretende, quien es el responsable de identificar y desarrollar capacidades que permitan el ejercicio de la competencia y la subsiguiente satisfacción de necesidades de sus ciudadanos.

La capacitación por sí sola y de manera temporal, tampoco es suficiente, se hace necesario dar una mirada más holística al proceso de transferencia de competencias, incluyendo necesariamente el acompañamiento, monitoreo y diversificación en el proceso de transferencia de competencias compartidas de manera bidireccional que deja el proceso para el gobierno nacional y subnacionales.

Sobre los problemas que presenta la descentralización, López (1983, p. 246), reflexiona a partir de la realidad francesa de 1950 en la que, según el autor en la sociedad industrial y urbanizada, se requerían reivindicaciones provinciales oscilen entre dos polos y sean aparentemente difíciles de conciliar:

Por una parte, la reivindicación de una autonomía más grande para las instancias locales con creación de nuevas instituciones y reconocimiento de poderes de decisión efectivo. Por otra parte, la reivindicación de una intervención creciente del poder central a efectos de restablecer un cierto equilibrio entre el desarrollo de las diferentes regiones. La tendencia localista y a descentralizante, está fundada en factores históricos, geográficos y culturales y perpetúa en cierta medida los valores tradicionalistas. La tendencia nacional constituye por el contrario una toma de conciencia de la multiplicidad y complejidad de los datos económicos y sociales del desarrollo regional. A esa doble tendencia corresponde una doble “política de impulsión” en la que el Estado jugará un rol motor y que correspondería a un tipo de desarrollo, por decisiones centralizadas, en las regiones más desheredadas; la apolítica de acompañamientos que dejará a las regiones más ricas la tarea de promover su propio desarrollo mediante decisiones relativamente más descentralizadas.

#### **1.2.1.2 Retos del proceso de descentralización**

Blume (2017, p. 85), ex presidente del Tribunal Constitucional, considera dentro de los retrocesos para la descentralización los siguientes argumentos:

[...] 3. Se ha debilitado o eliminado según sea el caso, el esquema de competencias y rentas asignadas a las municipalidades y a las regiones, reduciendo el núcleo duro e indisponible por el legislador ordinario y consecuentemente, reduciendo el ámbito de protección de la garantía institucional; en el primer caso, para las municipalidades en general y en el segundo, para las regiones y sus órganos de gobierno.

4. Se ha desmantelado la estructura de las regiones, eliminando a su máximo órgano de gobierno que era la Asamblea Regional y contaba con representación plural, constriñendo así el carácter representativo por sufragio directo al presidente de la región.

5. Se ha equiparado el régimen especial de la capital de la República con el de las capitales de provincias de rango metropolitano, las capitales de departamento

de ubicación fronteriza, la Provincia Constitucional del Callao y las provincias de frontera. Ese régimen debe establecerse en la Ley Orgánica de Municipalidades, con lo cual se desconoce las características especiales que presenta la ciudad de Lima con sus casi nueve millones de habitantes, así como los graves problemas que enfrenta que fue lo que llevó al constituyente de la especial. No es que se repruebe el establecimiento de regímenes o normas especiales para las capitales indicadas, lo que se cuestiona es pretender que un solo régimen se aplique a las realidades distintas, minimizando el rol y la importancia de la metrópoli capitalina.

### **1.2.1.3 Del enfoque sectorial al enfoque territorial**

El Plan Nacional de descentralización (PCM. Secretaría de Descentralización, 2020b, p. 5) ha reconfigurado el enfoque del proceso así se tiene que:

Hasta antes del 2016, la descentralización se abordó desde una visión administrativa y sectorial que se enfocaba en la transferencia de las competencias sectoriales a los gobiernos regionales y locales, con una articulación vertical que buscaba fortalecer la articulación intergubernamental pero no necesariamente la multisectorial en el territorio. Las instituciones de los tres niveles de gobierno se concentraban en el cumplimiento de las funciones y hacía perder la perspectiva de garantizar que el servicio se brinde de manera oportuna al ciudadano.

Por ello, se modifica el enfoque sectorial y administrativo y se promueve el enfoque territorial. La aplicación del enfoque territorial se concentra en la construcción de una visión de desarrollo territorial a nivel nacional, que implica cuatro aspectos fundamentales:

- 1) Revitalizar el rol de los gobiernos regionales y locales.
- 2) Que las políticas nacionales estén alineadas a las prioridades territoriales.
- 3) Que la implementación de las intervenciones y proyectos consideren la heterogeneidad entre los territorios y dentro de los mismos.
- 4) Que se orienten a garantizar la prestación servicios de calidad a la ciudadanía y no sólo la ejecución presupuestal.

El enfoque territorial ha desplazado al sectorial, una corriente que es desarrollada por el Dr. Dulanto (2017, p. 78):

Las políticas del Estado con enfoque territorial son complementarias de las políticas económicas y sociales y mejoran los resultados a nivel agregado. El problema para un Estado centralizado es que las políticas sectoriales y de innovación son diseñadas de arriba hacia abajo (top-down way), cuando en realidad debería ser propuestas por los niveles subnacionales, que conocen mucho mejor su propio territorio. En la misma línea Francisco Albuquerque considera que cuando se ha abordado el enfoque territorial sólo se ha hecho desde una perspectiva redistributiva o asistencial, e incluso en algunos casos de manera sectorial, obviando la multisectorialidad de las actividades.

De la teoría que aporta la doctrina se puede afirmar lo siguiente, el proceso de descentralización es una de las reformas más importantes que tiene la república, su precariedad en el proceso de implementación, sin tomar en cuenta las capacidades operativas de los gobiernos subnacionales no debería generar un retroceso, por el contrario, un reimpulso que se enfoque en la identificación y desarrollo de capacidades locales y regionales permitirá afianzar su autonomía y adecuada toma de decisiones que permita satisfacer las necesidades de los ciudadanos y colocarlos en similares condiciones de competitividad, independientemente del lugar en el que nacieron

### **1.2.2. La implementación de la descentralización en la gestión pública desde una perspectiva regional de salud**

A continuación, revisaremos el proceso de implementación de la descentralización desde la perspectiva de la gestión pública para contrastar si lo que desde la doctrina constitucional se ha esbozado, se ha materializado, este análisis pone en especial relieve el sector salud.

Nuestro país es un Estado democrático de derecho, la forma de gobierno “la República del Perú es democrática, social, independiente y soberana. El Estado es uno e indivisible. Su gobierno es unitario, representativo y descentralizado, y se organiza según el principio de la separación de poderes.” (Constitución Política del Perú, 1993, art. 43).

[La finalidad] del proceso de descentralización es la gestión descentralizada, debe estar orientada al desarrollo integral, armónico y sostenible de nuestro país con separación de competencias y funciones, el equilibrado ejercicio del poder en los tres niveles de gobierno en beneficio de la población. (Ley N° 27783, 2002, art. 3).

El Título cuarto de la Constitución Política del Estado (1993), prescribe que “la descentralización es una forma de organización democrática y constituye una política permanente de Estado, de carácter obligatorio, que tiene como objetivo fundamental el desarrollo integral del país”.

“El proceso de descentralización se realiza por etapas, en forma progresiva y ordenada conforme a criterios que permitan una adecuada asignación de competencias y transferencia de recursos del gobierno nacional hacia los gobiernos regionales y locales” (Constitución Política del Perú, 1993, art. 188).

Esta forma de gobierno y administración tiene incidencia en la decisión y la gestión en la entrega de un servicio público, en el diseño de una política pública en un territorio.

La descentralización administrativa concierne a la organización de los servicios públicos que suplen a las actividades privadas, que se organizan con fórmulas flexibles, confiándoseles la dirección de uno o más servicios sin subordinación inmediata y directa de los órganos supremos. La ventaja de la descentralización política y administrativa radicaría en que se descarga al poder central de una multitud de deberes de interés público que serían desempeñados por las autoridades locales a menos costos. (Fayt, 1985, p. 102).

**Figura 7. El rol de las regiones en el Perú**



Fuente: Ley N° 27783 (2002)  
Elaboración propia

Como hemos visto líneas arriba el proceso se instituye a partir del principio de subsidiaridad (Carro, 1991, p. 230) quiere decir que la autoridad local que está más cercana a

una población es quien entiende y conoce mejor sus problemas, quien debe ejecutar, gestionar directamente en la solución de los mismos, una demanda social debería ser satisfecha por una oferta pública diversificada y próxima, existen tres enfoques que son relevantes al momento de mirar el proceso de descentralización en la gestión pública peruana.

#### **1.2.2.1. El enfoque territorial**

La gestión del territorio peruano, con una geografía tan diversa a la hora de gestionar tiene que involucrar una manera de entender y promover el desarrollo a través de una lectura del territorio con una perspectiva del espacio sociocultural en el que interactúan personas, por lo que se concibe que el desarrollo debe tener una mirada multidimensional que priorice el desarrollo humano en la dimensión económica, social, institucional, ambiental, entre otras, entonces al referirnos al proceso de descentralización con un enfoque territorial nos referimos también a los ciudadanos de las nacionalidades propias de nuestro país. Según la data “son 55 pueblos indígenas, organizados en casi diez mil comunidades campesinas y nativas, donde se estima que existen 15 pueblos indígenas en aislamiento, además de una cifra incierta de rondas campesinas, como también desconocidas comunidades afrodescendientes” (Hallazi, 2019).

Un país megadiverso exige a sus autoridades una especial sensibilidad respecto al diseño de las políticas públicas, esta mirada diferente debe privilegiar además la diversidad de visiones, cosmovisiones para generar espacios de convergencia “diferenciarse para integrarse” a modo de cóncavo y convexo.

El enfoque territorial tiene un criterio de transversalidad geopolítica en la medida que las características propias de éste trascienden límites departamentales -base de la regionalización- de tal forma que, si hay cuencas por citar un ejemplo, a la hora de gestionar se debe tener criterio de sostenibilidad de esta, a la hora de diseñar una política pública.

Figura 8. Componentes del proceso de descentralización en el Perú



Fuente: Díaz (12 de abril del 2020)

Elaboración propia

#### 1.2.2.2. Enfoque de Gobernanza

Este enfoque está referido a que la satisfacción de las demandas ciudadanas no se absuelven sólo por la acción del Estado, sino que hay una interdependencia con diversas esferas de la sociedad, incluso de manera multinivel, un ejemplo evidente es el que nos da la pandemia por COVID-19 en el que los procesos de gestión del Estado a través de la administración pública no se retribuía la demanda de infraestructura, hospitales o la capacidad operativa de los mismos a través de camas de unidades de cuidados intensivos, no había equipamiento, ha sido en gran medida la sociedad civil organizada, el sector privado que con sus propios recursos y capacidad operativa que ha apalancado el suministro de estos recursos para la satisfacción de estas necesidades, el Estado por sí solo no soluciona los problemas, es necesario el involucramiento en la provisión de los mismos.

La gobernanza debe incorporarse en el desarrollo de la planificación de un territorio, el Estado debe convocar para trabajar con un criterio de horizontalidad, una gestión en gobernanza que incluya a la sociedad civil, la academia, la empresa privada, los gremios, la política pública de gestionar en gobernanza es para todos los efectos, para todos los niveles, es una política de integración.

### 1.2.2.3. Enfoque de gobernanza multinivel

Tiene que ver con acciones de coordinación e intersectorialidad, de alineamiento, con la provisión de servicios, entrega de bienes y servicios a la población, responden a problemas de múltiples causas, como la intervención de más de un sector, lo que ralentiza su provisión, atendiendo a la complejidad de nuestro aparato público: burocrático, poco articulado, hace que estos procesos estén condicionados a demasiadas esferas en la toma de decisiones, por lo que es pertinente incorporar una agenda para la reforma de la organización, una reforma del Estado en tanto esta se implementa es necesaria la coordinación en la medida que hay interdependencia en la provisión de bienes y servicios que requieren procesos que permitan condiciones para la cooperación entre los actores involucrados.

En la intersectorialidad no sólo alude a los diversos los actores que se encargan de la provisión de servicios al mismo público, además esta entrega debe darse de manera articulada, alineada a los tres niveles de gobierno ya que a la hora de planificar todos deben enfocar hacia objetivos de política nacional, de largo plazo que se desea conseguir.

**Figura 9. Proceso de descentralización en el Perú**



Fuente: elaboración propia

La implementación del proceso de descentralización en la gestión pública peruana tiene 42 años, el criterio que se ha utilizado ha sido más político que técnico, la base normativa no ha ido acompañada del fortalecimiento de capacidades directivas que puedan tomar decisiones que permitan poner en marcha las competencias a través de funciones de impacto regional y

local respecto a este escenario está la necesidad de elaborar e introducir un marco nacional sobre calidad y normas con el propósito de hacer más eficiente la oferta y provisión de servicios.

El proceso descentralización tiene mucho que ver entonces con la relación de decisiones y de poder, de delegar poder y delegar decisiones. La forma de gobierno se refiere a la estructura del poder en el Estado, es decir, a la organización del poder de la autoridad.

El poder es, en suma, la facultad, la capacidad de llevar a cabo una acción por un mandato, una delegación de un ciudadano o de varios ciudadanos a un tercero a quién se le confiere el poder de decisión para gobernar.

La descentralización ha transferido el poder para la gestión y desarrollo de los territorios a los gobiernos regionales y locales, un Estado descentralizado busca satisfacer las necesidades de la ciudadanía adoptando las políticas a las diferentes necesidades y condiciones de cada espacio con un enfoque territorial, a su vez en este proceso de transferencia de poder es importante valorar qué efectos ha tenido en el territorio. Sin embargo, si las autoridades subnacionales claudican, omiten o retardan el ejercicio de esas decisiones, el poder entendido como la capacidad de “acción” en sus circunscripciones no sólo margina el ejercicio de los derechos de los ciudadanos del ámbito de su competencia, sino que genera desafección al proceso de descentralización que tiene como objetivo supremo satisfacer con equidad a los ciudadanos del territorio nacional.

Hay que mencionar, que las políticas nacionales responden a la identificación de problemas o las necesidades que aludíamos líneas arriba y que enfrenta la población que son priorizados en la agenda pública en la que los ministerios son los responsables del diseño, establecimiento, ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales bajo su rectoría. Ejea (octubre de 2006):

Política Pública (*policy* para Lasswell 1992, p. 17) son aquellas estrategias encaminadas a resolver problemas públicos. El enfoque de políticas públicas tiene dos dimensiones: el estudio de la multicausalidad de los procesos decisionales y el conocimiento de la mejor opción para lograr las soluciones. (p. 2).

En esa línea el Acuerdo Nacional (2002) ha propiciado consensos políticos respecto a las políticas de Estado en 4 ejes referidos a:

Democracia y Estado de Derecho, Equidad y Justicia Social, Competitividad del País y Estado eficiente, transparente y descentralizado que en conjunto agrupan

35 políticas de Estado en la que la octava política de Estado se avoca a la descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del Perú.

Por otro lado, el art. 4º, numeral 1, de la Ley N° 29158 (2018), Ley Orgánica del Poder Ejecutivo, establece que “el Poder Ejecutivo tiene la competencia exclusiva de diseñar y supervisar las políticas nacionales y sectoriales, las cuales son de cumplimiento obligatorio por todas las entidades del Estado en todos los niveles de gobierno”.

Otro instrumento reciente relevante para el proceso de descentralización es el Reglamento de Organización y Funciones de la Presidencia del Consejo de Ministros (2021) por el que se menciona por primera vez a la Subsecretaría de Articulación Regional y Local (art. 56) y se le arroga funciones de la como la implementación de:

instrumentos y mecanismos de coordinación en el territorio desarrollados por la Secretaría, la coordinación y articulación del despliegue de las prioridades de gobierno en el territorio, informando su evolución entre otras varias de las que se destaca la coordinación y facilitación de la identificación de prioridades territoriales de desarrollo e innovación la promoción de la continuidad de la inversión pública y privada en los territorios y la identificación de problemas de gestión territorial que requieren la participación de entidades del gobierno nacional. (PCM, 2021).

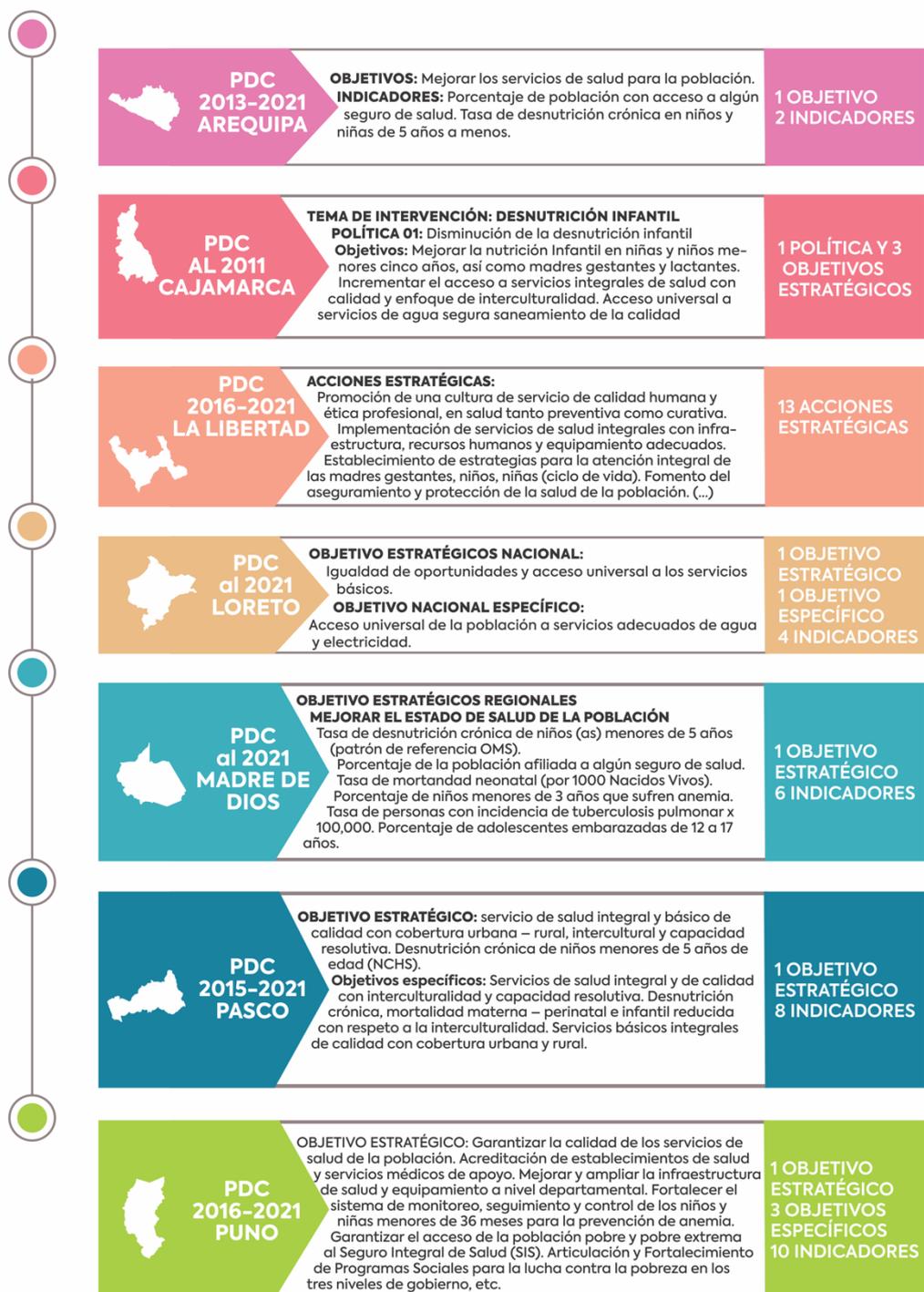
Esta norma relativamente reciente integra la voluntad política del Acuerdo Nacional - políticas públicas- el Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN] -Políticas nacionales ambas desde una perspectiva macro política, es pertinente destacar el rol de esta última entidad el CEPLAN como:

Un organismo técnico especializado que ejerce la rectoría efectiva del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico, conduciéndolo de manera participativa, transparente y concertada. Esto contribuye al mejoramiento de la calidad de vida de la población y al desarrollo sostenible del país. Este sistema articula e integra coherente y concertadamente los planes de desarrollo estratégico y los planes de desarrollo institucional de los tres niveles de gobierno. (CEPLAN, 2021).

Como se lee del informe uno de los retos de esta entidad es el fortalecimiento de la planificación estratégica, la pertinencia y coherencia de estos instrumentos de gestión a nivel macro, meso y micro.

Figura 10. Plan de Desarrollo Concertado Comparado

## PLAN DE DESARROLLO CONCERTAD (PDC) COMPARADO



Nota: Figura basada en los diversos Planes Regionales de Desarrollo Concertado de cada Región.

Fuente: Gobierno Regional de Arequipa (2021), Gobierno Regional Cajamarca (2010), Gobierno Regional La Libertad (2016), Gobierno Regional Madre de Dios (2015), Gobierno Regional Pasco (2015), Gobierno Regional de Loreto (2015), Gobierno Regional de Puno (2013).

Elaboración propia

Por citar un ejemplo de la prospección en los Planes de Desarrollo Concertados de los Gobiernos Regionales materia de la investigación se tiene que en el eje SALUD, los objetivos estratégicos son absolutamente disímiles, no se ha estandarizado los objetivos estratégicos ni las acciones, se podría colegir de esta lectura que la formulación responde a la autonomía regional y la valoración que estos hacen de la problemática que enmarca su diversidad regional, sin embargo otra lectura posible es la carencia efectiva en la rectoría en el sector por parte del Ministerio de Salud, pese a la publicación de Ley N° 30895 (2018), Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud de la que nos hemos ocupado líneas arriba, y que tiene como finalidad, “regular el ámbito de competencia, las funciones, la estructura orgánica básica del Ministerio de Salud y su función rectora como único ente que establece políticas en materia de salud a nivel nacional”. Si bien la norma confiere competencia esta no se implementa.

Así pues se puede contrastar que a nivel subnacional existen más de 30 planes por cada administración regional: Plan Estratégico Institucional (PEI) Plan Operativo Institucional (POI), Plan Regional de Formación y Desarrollo de Capacidades (PRFDC), Plan Regional de Previsión y Reducción del Riesgo de Desastres (PRPRD), Plan de Desarrollo de las Personas (PDP), Plan Regional de Seguridad Ciudadana y Convivencia Social (PRSCC), Plan Regional Agrario (PRA), Plan de Ordenamiento Territorial (POT), Plan Operativo Informático (POI), Plan Regional de Contingencias para Afrontar los Efectos de los Desastres Naturales (PRCAEDN), Plan Regional de Desarrollo Forestal (PRDF), Plan Regional para la Implementación del Observatorio Regional de Seguridad Ciudadana (PRIORSC), Plan Regional Estratégico de Gobierno Electrónico (PREGE), entre otros.

En el sector salud se observan instrumentos de gestión como: el Plan Regional de Reforzamiento de los Servicios de Salud (PRRSS), Plan Regional de Calidad de Atención en Salud (PRCAS), el Plan Acción Regional ante la Emergencia Sanitaria del COVID-19 (PARE), Plan de Vigilancia, Prevención y Control del COVID-19. (PVPC-19), Plan Regional de Vacunaciones (PRV), Plan de Salud Local (PSL).

De lo anterior se tiene, que en el proceso de planificación pública no puede seguir siendo un archipiélago de voluntades, de visiones o misiones. Si bien es cierto el Centro de Planificación Nacional [CEPLAN] ha materializado esfuerzos en la elaboración de una Guía para el Plan de Desarrollo Regional Concertado cuyo objetivo es:

Establecer la metodología para el proceso de elaboración (formulación o actualización) del Plan de Desarrollo Regional Concertado (PDRC), conforme al ciclo de planeamiento estratégico para la mejora continua, cuyo alcance está dirigida a las entidades del sector público, sociedad civil, sector privado y academia que

participan en el proceso de formulación o actualización del PDRC y su implementación (CEPLAN, 2021).

Estos no se han estandarizado en la práctica, iniciativas similares han estado a cargo de la cooperación internacional como la Agencia de Cooperación para el Desarrollo de los Estados Unidos de América (USAID) y la del Programa de Desarrollo Empresarial Sectorial (PRODES) entre algunas otras.

El Consejo de Coordinación Interinstitucional, tiene por finalidad establecer una visión compartida de un Estado unitario y descentralizado, conforme lo establece la Constitución Política del Perú y la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización (2002). Su objetivo es fortalecer la gobernanza, conducción, implementación y seguimiento del proceso de descentralización como política transversal y permanente del Estado, con enfoque en el desarrollo del territorio recientemente se ha aprobado el Reglamento del Consejo de Coordinación Intergubernamental (CCI), a través de la publicación del Decreto Supremo N° 050-2021-PCM que permitirá la articulación y coordinación de acciones concretas en los tres niveles de gobierno.

**Figura 11. Visión nacional a largo plazo**



Fuente: PCM. Secretaría de Descentralización (2020b)  
Elaboración propia

El desarrollo del proceso de descentralización, a cargo de las Secretaría de Descentralización, que los distintos actores subnacionales compartan objetivos, al igual que políticas nacionales y sectoriales que “territorialicen” y se implementen a través de una intervención articulada y coordinada de espacios e instancias de articulación y coordinación intergubernamental. Estos espacios de articulación permiten impulsar el acompañamiento en el ejercicio de competencias, el empoderamiento de los *partner* regionales fundamentalmente en

materia económica, un claro ejemplo son las mancomunidades regionales, alianzas a modo de cóncavo y convexo con propósitos comunes fundamentalmente en macroproyectos de inversión regional (PCM, 2018, p. 88).

Por otro lado, en la Dimensión Económica la inversión pública a partir del proceso de descentralización ha venido facilitando la ejecución de proyectos, delegando desde el gobierno nacional facultades para la identificación, formulación, aprobación de proyectos inversión, ya en diciembre del año 2020 se tenía que la inversión pública seguía concentrada en la mayor cantidad en gobiernos regionales, migró luego de haber estado concentrada en el gobierno nacional a través de los ministerios, por esta delegación la mayor cantidad de recursos de inversión entre el gobierno local y regional el porcentaje de asignación presupuestal supera al 70%.

De la mano de esta voluntad política se ha impulsado desde la gestión pública un programa de incentivos para mayor asignación presupuestal a las unidades ejecutoras que alcancen sus metas, la dimensión económica está estrechamente vinculada a la fiscal y consecuentemente a la descentralización fiscal, que es la facultad de crear, recaudar y administrar sus rentas e ingresos propios y aprobar sus propios presupuestos, esta se rige bajo el principio de gradualidad, provisión y concurrencia.

La descentralización fiscal es un proceso irreductible, que se debe implementar de acuerdo con el marco normativo flexible de acuerdo a la diversidad subnacional, en el que las transferencias sean parte de un mecanismo incentivos en el que se desarrollan las capacidades subnacionales y se contraen las nacionales.

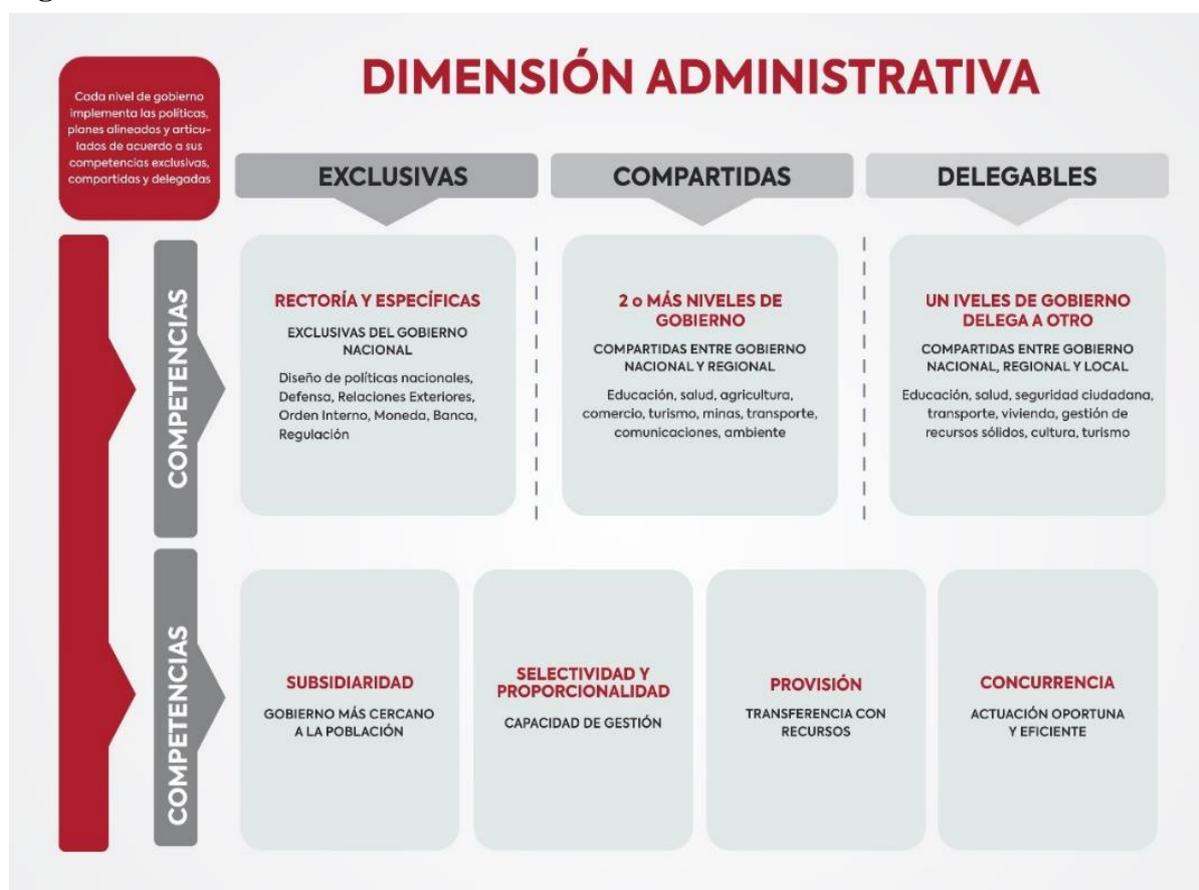
El objetivo del Ministerio de Economía y Finanzas [MEF] es mantener la estabilidad de la macroeconómica con reglas de endeudamiento claras por parte de los gobiernos regionales y también con límites al aumento anual del gasto, siendo los presupuestos multianuales una herramienta de predictibilidad valiosa para custodiar la disciplina fiscal.

En la gestión pública la Dimensión Administrativa ha transferido competencias a los gobiernos subnacionales.

Estas competencias son: condición legal por la que una entidad o autoridad administrativa ejerce sus potestades, en atención al grado, cuantía, territorio, tiempo o materia. La competencia administrativa es la medida de la potestad que corresponde a cada órgano administrativo es irrenunciable y se ejerce por los órganos que la tengan atribuida como propia, salvo los casos de delegación o avocación, cuando se ejerzan en la forma prevista. (Velásquez, 2018, p. 21).

Estas permiten el ejercicio pleno en teoría de la descentralización, fundamentada en la autonomía regional.

**Figura 12. Dimensión administrativa**



Nota: La figura representa un compendio de datos organizados mediante un programa digital.

Fuente: Presidencia del Consejo de Ministros. Secretaría de Descentralización (2017, p. 35-37)

Elaboración propia

UNIVERSIDAD DE PIURA

Sin embargo, se ha contrastado lejos de cualquier valoración política, sino por los resultados en la satisfacción de indicadores gestión, que varias administraciones regionales carecen de capacidades a pesar de que tienen pleno ejercicio de las competencias, exclusivas, compartidas y delegadas; Competencias del gobierno nacional: Son competencias exclusivas del gobierno nacional, diseño de políticas nacionales y sectoriales. Competencias compartidas:

Las competencias compartidas del gobierno nacional se rigen por la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y las Leyes específicas de organización y funciones de los distintos sectores que lo conforman. El gobierno nacional transfiere las competencias y funciones sectoriales a los gobiernos regionales y locales, en la forma y plazos establecidos en la presente Ley, Competencias compartidas: Entre otras, educación, salud pública. (Ley N° 27783, 2002).

Se han utilizado diversos criterios y para las asignaciones de las transferencias de competencias que han tenido como referencia los principios de subsidiaridad del que nos hemos ocupado ampliamente líneas arriba.

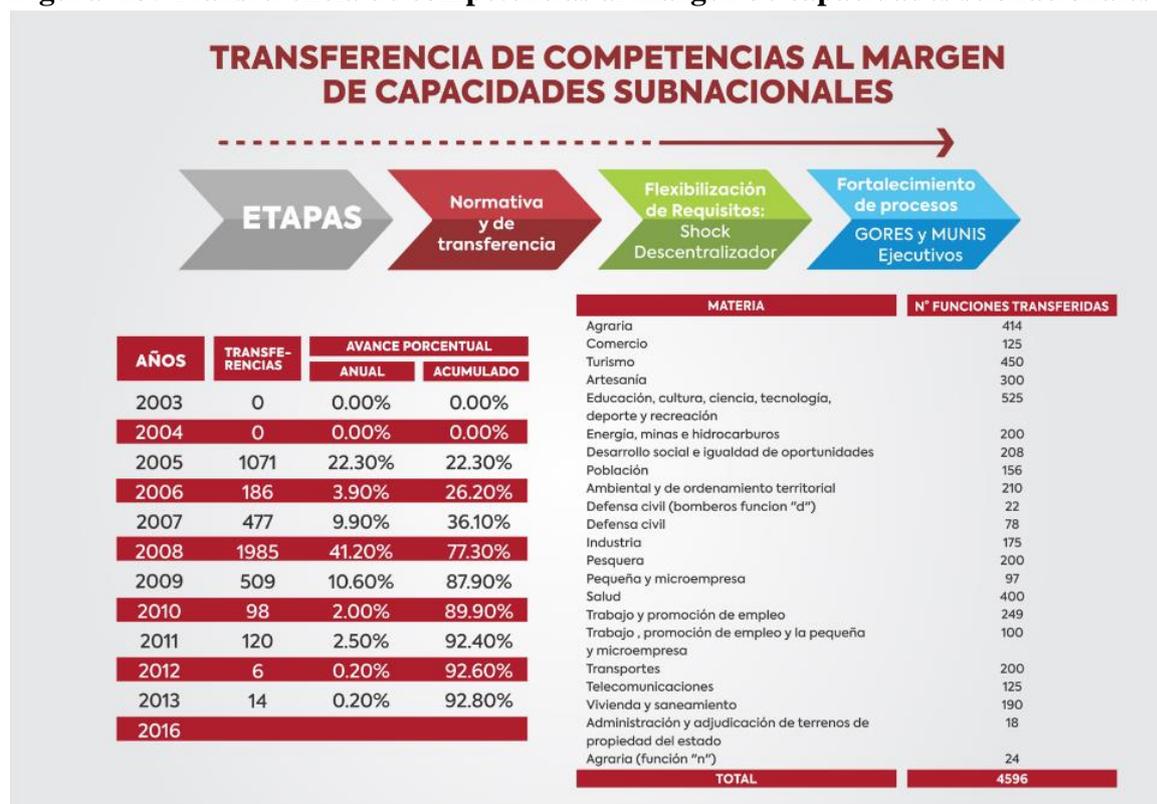
Además de provisión y de proporcionalidad tiene su base o fundamento valorativo en el orden constitucional, en tanto se convierte en el criterio de equilibrio o modulación entre las acciones que el Estado realiza en el cumplimiento de sus fines y el respeto de los derechos fundamentales de la persona humana. Lo que significa que el principio de proporcionalidad adquiere plena justificación en el ámbito de la actuación de los poderes públicos, en tanto se explicita como filtro de armonía que impide que la actividad del Estado sobrepase los límites exigibles para la consecución de los intereses colectivos cuando los derechos individuales son afectados o menoscabados infundadamente. (Velásquez, 2018, p. 20).

Del criterio de provisión se tiene que:

Toda transferencia o delegación de competencias deberá ser necesariamente acompañada de los recursos financieros, técnicos, materiales y humanos directamente vinculados a los servicios transferidos, que aseguren su continuidad y eficiencia; criterio de concurrencia- en el ejercicio de las competencias compartidas cada nivel de gobierno debe actuar de manera oportuna y eficiente, cumpliendo a cabalidad las acciones que le corresponden y respetando el campo de atribuciones propio de los demás. También aplicarán como criterios las externalidades, nacional, regional y local, que trasciende el ámbito específico donde se ubica el ejercicio de determinada competencia o función; y la necesidad de propiciar y aprovechar economía de escala. (Ley N° 27972, 2003).

En síntesis, las etapas de la transferencia de competencias en la gestión pública desde la dimensión administrativa en la primera etapa estuvo definida por una condicionante normativa, posterior a esta hubo el interés de impulsar el gasto público con la intervención de los gobiernos subnacionales, por lo que se implementa una segunda etapa de transferencia acelerada de competencias durante el quinquenio del gobierno aprista denominado el “shock descentralizador”, la decisión eminentemente política se tomaba en aquella fecha de cara a las finanzas públicas y la voluntad del impulso de la inversión como hemos detallado líneas arriba.

**Figura 13. Transferencia de competencias al margen de capacidades subnacionales**



Fuente: Díaz (2020, p. 42)  
Elaboración propia

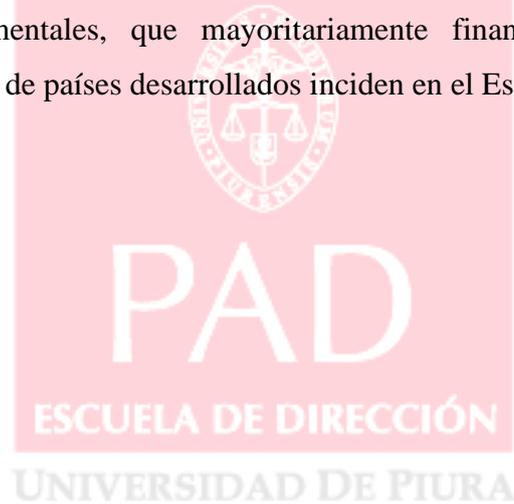
La gestión pública impulsó el proceso de descentralización sin que el engranaje subnacional esté apto para el ejercicio de las competencias que establece Ley de Bases de Descentralización. Hacía falta la identificación y desarrollo de las capacidades de estos espacios de poder en la toma de decisiones a nivel de los gobiernos regionales.

Durante el 2012 y el 2015 la Secretaría de Descentralización impulsa el proceso, diseñando acciones de mejora continua, entre otros varios diseña el Plan de Supervisión y Acompañamiento de la Gestión Regional, como un instrumento que permita monitorear el ejercicio de las competencias, uno de los criterios está vinculado al impacto en la calidad de vida de la población (PCM. Secretaría de Descentralización, 2019).

El año 2016 el proceso se ralentiza y se impulsan los GORES Y MUNIS ejecutivos, que tienen la característica de directorios de coordinación que mayoritariamente son convocados en la capital de la república y que pretende articular con decisores del ejecutivo nacional y regional respecto al logro de metas, sin embargo no impulsa el proceso descentralizador que como propósito tiene la satisfacción de las necesidades fundamentales de los ciudadanos de sus circunscripciones, pero fundamentalmente la forma en que se provee de servicios, con funcionarios y directivos capaces de gestionarlos de manera solvente.

Construcción de la institucionalidad – Los avances alcanzados con los espacios de coordinación y articulación (GORE-Ejecutivo y MUNI-Ejecutivo) necesitan posicionarse e institucionalizarse en los diferentes niveles de gobierno como un mecanismo permanente y dinámico que les permita alcanzar sus objetivos institucionales y ejecutar sus mandatos, para ello será necesario implementar sistemas de monitoreo para observar avances y niveles de cumplimiento de compromisos, así como el fortalecimiento de capacidades de los participantes en dichos espacios. (PCM. Secretaría de Descentralización, 2019, p. 104).

El rol de la sociedad civil en el proceso de implementación de la descentralización tiene un rol articulador en diferentes espacios. La Secretaría de Descentralización, desarrolla una tipología organizacional en torno al proceso de descentralización las asociaciones representativas de los gobiernos regionales y locales, contenidas en el marco legal y las entidades no gubernamentales, que mayoritariamente financiados por la cooperación internacional procedente de países desarrollados inciden en el Estado.



**Figura 14. Actores de política subnacional**

<b>Asociaciones de gobiernos regionales y locales</b>	
<b>Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú REMURPE</b>	Organización de las municipalidades del Perú, especialmente rurales, que trabaja en red, fortaleciendo la gestión y la gobernabilidad democrática y descentralizada. Promueve alternativas de gestión para el desarrollo local en el marco de la descentralización del país.
<b>Asociación de Municipalidades del Perú (AMPE)</b>	Asociación civil de carácter privado que agrupa a las Municipalidades Provinciales y Distritales del Perú, representados por sus alcaldes quienes conforman la institución durante su periodo. Su existencia se encuentra amparada y oficializada como Institución representativa de las Municipalidades del Perú en la ley Orgánica de Municipalidades Nro. 27972.
<b>Asamblea Regional de Gobiernos Regionales (ANRR)</b>	Organización que agrupa a los gobiernos regionales, trabaja en alianza con las asociaciones de otros niveles de gobierno, articulando políticas sectoriales y territoriales con el objetivo de mejorar la gestión regional y la coordinación intra gubernamental.
<b>Asociación de Municipalidades en Red del Perú (MUNIRED)</b>	Asociación de Municipalidades fundada en 1996 y brinda una serie de servicios a sus socios, entre los cuales destacan: incidencia en los espacios de diálogo y concertación intergubernamental e intersectorial, capacitación y fortalecimiento de capacidades y asistencia legal.
<b>Organizaciones No Gubernamentales</b>	
<b>Grupo Propuesta Ciudadana</b>	Alianza Estratégica de organizaciones no gubernamentales que trabaja en temas de democratización del Estado y desarrollo territorial inclusivo. Entre las actividades que realiza están el fortalecimiento de capacidades, la articulación nacional de las principales organizaciones e instituciones de la sociedad civil, apoyo técnico a los gobiernos regionales del país y sus mecanismos de asociación nacional e interregional, formula propuestas para la definición de políticas orientadas hacia el cambio social y el desarrollo territorial.
<b>Pro Descentralización</b>	Programa de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) que se inició en octubre del 2012 y culminó sus actividades el 2017. Sus objetivos fueron consolidar el proceso de descentralización y promover la mejora de la gestión descentralizada para brindar servicios más efectivos en beneficio de las poblaciones más necesitadas de la Amazonia peruana. Desarrolló sus actividades en coordinación con las entidades públicas del gobierno nacional, gobierno regional y locales, organizaciones privadas y de la sociedad civil.
<b>ProGobernabilidad</b>	El proyecto "Fortalecimiento de los Gobiernos Regionales para el Desarrollo Social y Económico en el Norte del Perú" ProGobernabilidad, es un proyecto de la Cooperación Canadiense cuyo objetivo es fortalecer los gobiernos regionales en el norte del Perú y promover el desarrollo económico, social y sostenible de una manera equitativa para reducir las desigualdades en las regiones de la Libertad, Lambayeque, Piura y Tumbes. Es implementado por Agriteam Consulting Ltda. Con el apoyo financiero del Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio y Desarrollo de Canadá (MRECD) en el marco de un convenio de cooperación suscrito con el gobierno peruano, a través de la Secretaría de Descentralización de la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM).
<b>Programa de Buen Gobierno y Reforma del Estado</b>	Es un programa de cooperación acordado entre los gobiernos del Perú y Alemania que tiene como objetivo que instituciones públicas peruanas de los tres niveles de gobierno mejoren a la prestación de servicios bajo los criterios de orientación a la ciudadanía y buena gestión pública. Opera en el marco del área prioritaria "Democracia, Sociedad Civil y Administración Pública" y es ejecutado por la Cooperación Alemana (implementada por Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GIZ) por encargo del ministerio Federal Aleman de cooperación Económica y Desarrollo (BMZ).

Fuente: PCM. Secretaría de Descentralización (2019, p. 54-55)  
Elaboración propia

En la misma línea la coordinación intersectorialidad y alineamiento está vinculada a la definición de cadena de valor, cada sector en la administración debe tener suficiencia respecto

a las actividades que debe para lograr esos productos y para ello cada nivel de gobierno debe tener en un ciclo de producción en la provisión de estos servicios, asimismo se debe pensar en el diseño de las políticas con caracterización del territorio, la planificación del territorio y lograr el financiamiento para su ejecución es fundamental así está previsto en el modelo descentralizador, por citar un ejemplo para la política de inmunizaciones el canal debe garantizar la provisión de las vacunas las que deben estar focalizadas y en el punto de entrega, el proceso integran fases sustantivas como monitoreo y evaluación.

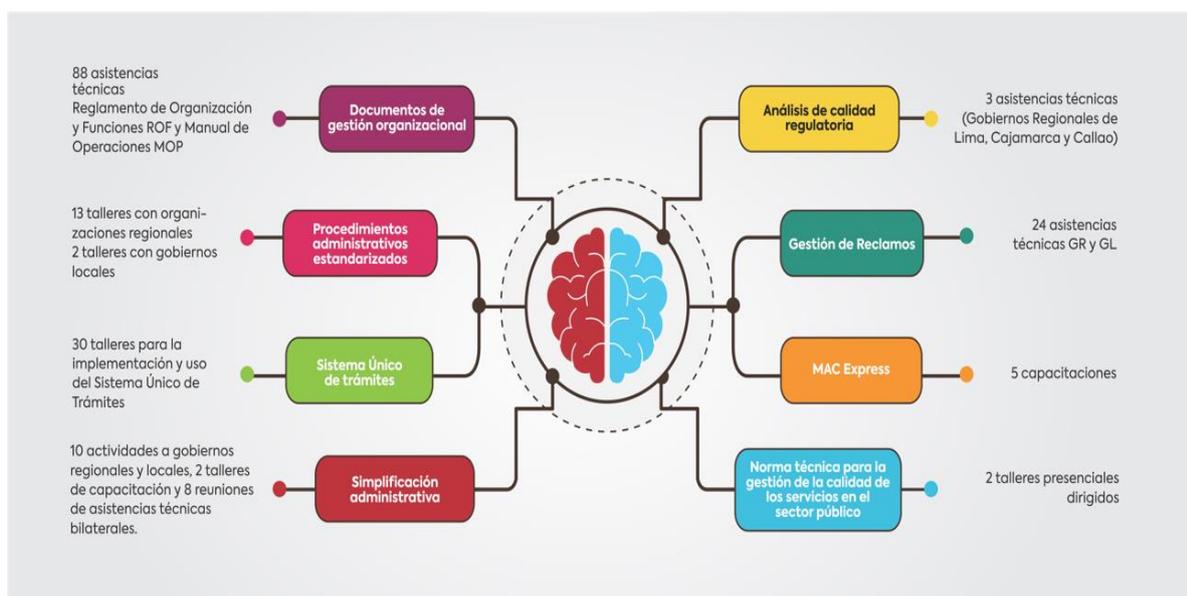
**Figura 15. Cadena de valor**



Fuente: Trelles (2018)  
Elaboración propia

La cadena de valor involucra a los tres niveles de gobierno, con sus respectivas competencias, el resultado final sólo podrá evaluarse a partir del Plan Nacional de Desarrollo de largo plazo, los resultados intermedios a cargo de varios sectores son necesarios pero no suficientes, son parte del engranaje, para lograr que el ciudadano del futuro pueda alcanzar estándares de bienestar la gestión pública precisa que, los bienes y servicios sean resultado de una acción intergubernamental e intersectorial, por esta razón se requiere fortalecer acciones de coordinación articulación y alineamiento en procesos tan sensibles como estructurar, desarrollar e implementar estructuras de costos o costos unitarios de los productos por producto, por bien y servicio, el financiamiento según este modelo de implementación del proceso de descentralización debe asignarse con criterios de predictibilidad, pero también con criterio de gradualidad en función a su capacidad de ejecución de gasto nivel macro meso y micro.

**Figura 16. Actividades para fortalecer capacidades en los Gobiernos Regionales**



Fuente: PCM. Secretaría de Descentralización (2020c)

Finalmente; Las conclusiones sectoriales de la descentralización en salud establecen como derrotero el fortalecimiento de los espacios de articulación como las Comisiones Regionales Intergubernamentales de inversión en salud como un mecanismo válido para equilibrar las brechas a nivel de fortalecimiento de capacidades, de infraestructura, de innovación y gobierno electrónico, institucionalidad, etc. Fortalecer la planificación territorial, con perspectiva de gobernanza incluyendo la salud.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE] (2017) presentó el informe reseña del sistema sanitario del Perú, del que se lee en una de sus conclusiones:

Uno de los mayores retos para el Perú en cuanto a la calidad de la atención de salud es, cómo hacer frente a un sistema de salud altamente fragmentado. Será necesario establecer definiciones claras de las funciones de los gobiernos nacionales y regionales con el fin de mejorar la eficiencia y la sostenibilidad.

El citado documento además alude que una alternativa viable para no retroceder en la implementación del proceso de descentralización que en otros documentos recomienda impulsar es, recurrir a la recentralización de las actividades básicas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, pasando a equipos de salud pública integrados, en red y multidisciplinarios, otra alternativa que emerge desde la academia consiste en que esta recentralización sea excepcional y temporal para los casos de emergencia o crisis sanitaria que así lo ameriten.

### 1.3. Marco teórico

#### 1.3.1. La organización y las decisiones de gobierno en la salud

Según Fayt (1985, p. 170), “no hay organización sin orden, ni orden sin una dirección. La Capacidad de imponerse en la conducta de los miembros de la organización, la actividad que se realice vinculada a esa facultad es genéricamente actividad política”.

Pérez (2018, p. 131), señala que “para que una organización exista, opere, y sea capaz de alcanzar cualquier objetivo concreto, tiene que satisfacer; mínima y necesariamente, un cierto nivel de motivos de las personas cuya cooperación le es imprescindible”. En ese sentido, para poder entender cuál es la finalidad de cualquier empresa se debe tener en cuenta las tres dimensiones de la organización: eficacia, atractividad y unidad.

Para que una organización sea completa, debe incluir la definición operacional del propósito (fines objetivos) y la formulación del propósito (fines subjetivos). Pérez (2018, p. 187) menciona que “precisamente las decisiones directivas son las decisiones que intentan el logro de los fines de la organización”. Para ello, de forma previa, el propósito de la organización debe ser validado y se debe definir los tres niveles de la realidad del propósito de las organizaciones: metas, objetivo y misión.

La primera comprende a) eficacia, que es la realización de operaciones productoras de beneficios; b) atractividad, a través del desarrollo del saber; y c) unidad, que incluye el desarrollo de la confianza mutua entre los partícipes.

De la formulación de los propósitos se tiene que las organizaciones tienen a) metas estratégicas, que son las interacciones entre los partícipes (organización, productores y consumidores); b) objetivos, que son los conocimientos operativos de los partícipes; y c) la misión, que se basa en los conocimientos evaluativos de los partícipes.

Ya desde la perspectiva de salud, desde el punto de vista la gestión del siglo XXI debe basarse en el aumento del valor de la organización a través de una correcta gestión del conocimiento. Las organizaciones sanitarias están constituidas fundamentalmente por personas, muchas de ellas, muy cualificadas. Por ello, es preciso mejorar y orientar los sistemas de información hacia la cuantificación de los objetivos y la evaluación de los resultados clínicos.

El enfoque para el sector sanitario ha de ser sistemático, debe involucrar de todas las partes: médicos, enfermeras, gestores, personal de apoyo y pacientes, y debe ser realmente una prioridad estratégica de la institución. (Hidalgo, et al., 2011, p. 328).

### 1.3.1.1. Organización de las Direcciones Regionales de Salud

Partiendo del hecho que las Direcciones Regionales de Salud son organizaciones; se considera importante su estudio desde la propuesta de Pérez (2018), quien explica que una organización “es un conjunto de personas cuyos esfuerzos y acciones se coordinan para conseguir cierto resultado u objeto que interesa a todas ellas.” (p. 17). Bajo este concepto, se pone a las personas en un lugar primordial del análisis de las organizaciones, ya que se explica que lo verdaderamente decisivo de una organización es que sus miembros coordinen su actividad.

Una Dirección o una Gerencia Regional de Salud es una organización que requiere liderarse de forma eficaz para el logro de sus objetivos. Pérez (2018, p. 19) menciona que cada organización cuenta con una organización formal, entendida como “la forma en la que están organizadas las interacciones en la organización”; y una organización informal, entendida como “el conjunto de interacciones reales que se producen en el seno de una organización real y que no están contempladas en la organización formal”.

La estructura formal de la organización representa “el conjunto de tareas, funciones, roles, que constituyen el diseño de una organización: el organigrama, relaciones entre puestos, modos previstos de coordinar, perfiles, etc.” (Alcázar, 2019a, p. 26). Esta, según Pérez (2018, p. 20) cuenta con dos componentes:

- “Sistema productivo-distributivo o reglas de operación: especificación de las acciones a realizar por las personas que componen la organización para que esta pueda operar y conseguir su propósito”.
- “Sistema de incentivos o reglas de reparto: especificación de lo que las personas recibirán por realizar las acciones prescritas por las reglas de operación”.

Para el caso de una Dirección Regional de Salud, se puede identificar la existencia de un sistema de reglas de operación, establecido mediante diferentes instrumentos normativos. Los directivos de salud de una Dirección Regional de Salud (DIRESA) ejercen sus funciones sobre la base de lo establecido en la Constitución Política del Perú, la Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, entre otros.

Asimismo, es posible identificar un sistema de incentivos que motivan a los directivos de salud, de una DIRESA o GERESA a organizarse para cumplir con los objetivos de la institución y brindar un servicio público de calidad. Estos van desde la remuneración económica recibida, hasta el prestigio profesional y la satisfacción personal obtenidos por su labor, entre otros. La figura 17, muestra los componentes de la organización formal de una DIRESA, y señala la idea

de Pérez (2018, p.20) respecto a definir a la organización como un medio de acción de los individuos sobre el entorno, para conseguir resultados.

**Figura 17. Componentes de la organización formal de un DIRESA**



Fuente: Pérez (2018, p. 20)  
Elaboración propia

Sin embargo, tal como menciona Arévalo (2018, p. 5): “Pérez López enseña que los procesos realmente importantes para una organización se encuentran en ese plano más profundo que lo inmediatamente visible a través de la estructura formal”. De esta manera, este último autor considera de principal interés a las interacciones no formalizadas de los miembros de una organización, ya que su permiten darle un sentido más realista al análisis de una organización.

### 1.3.1.2. El directivo público

Según la Carta Iberoamericana de la Función Pública creada por el Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo [CLAD] (2003):

Los directivos públicos son aquel segmento de cargos de dirección inmediatamente subordinado al nivel político de los gobiernos, cuya función es dirigir, bajo la orientación estratégica y el control de aquel, las estructuras y procesos mediante los cuales se implementan las políticas públicas y se producen y proveen los servicios públicos.

Longo (1999, p. 1) explica que los directivos públicos aparecen como consecuencia de la mayor oferta de bienes y servicios brindados por el Estado, cuya legitimidad es otorgada por el mérito de sus capacidades. En efecto, en el Estado cada vez más diverso y complejo, con cada vez más exigencias de parte de los ciudadanos se requieren capacidades técnicas más especializadas referidas, a esos bienes y servicios que se prestan, que un solo político no suele manejar, y, a su vez, las capacidades y habilidades para construir y liderar una visión y articulación del conjunto con equipos muy especializados de alto rendimiento. Los directivos

públicos juegan, por tanto, un rol fundamental dentro del desarrollo de los servicios estatales dirigidos hacia la población, con la capacidad profesional de liderar equipos y proyectos.

Cantero (2009, p. 69) añade que los directivos públicos deberían poseer las habilidades necesarias para hacer que funcione todo el engranaje administrativo, bajo la dirección del gobierno de turno y cuya gestión se somete a criterios de eficacia, eficiencia, responsabilidad y control de resultados. Por ello, la noción de directivo público coincide con la del generalista que lidera los equipos de especialistas. En esta misma línea, Villoria (2009) afirma que el directivo público participa y tiene funciones en la definición de programas y formulación de políticas, implementa o gestiona éstas, dirigiendo organizaciones y personas con autonomía operativa y responsabilizándose de intermediar con los intereses sociales organizados y reconocidos legalmente.

Mientras que el político se debate entre las promesas electorales, las obligaciones constitucionales e internacionales asumidas, y las demandas de la oposición y de la población, los directivos públicos son claros agentes de concreción, de ayuda para el aterrizaje de las trampas de la política electoral, tanto como para la superación de las paradojas de las decisiones políticas. Ese es su reto. De algún modo, el directivo público con su *expertise* profesional. Por supuesto, el directivo público se encuentra al servicio de la visión de las autoridades políticas, sin perjuicio de que su actuación debe darse en el marco de la Constitución y las leyes, pero, al mismo tiempo, el directivo público lidera el desarrollo de las políticas públicas y los programas de gobierno, y es en este último ejercicio en donde acaba poniendo su “sello profesional” particular.

De acuerdo con Ferreiro y Alcázar (2017, p. 175), los miembros de una organización pueden presentar las tres dimensiones del directivo (estratega, ejecutivo y líder). Además, pueden mostrar ocho perfiles extremos como: a) perfiles de directivos que no son líderes y b) perfiles de directivos con cualidad de liderazgo, que detallaremos más adelante.

### **1.3.1.3. Las decisiones fundamentales de la Dirección**

Tal como se ha mencionado, una organización humana consiste en un grupo de personas, cuyas acciones se coordinan para conseguir ciertos objetivos y resultados. Estos últimos son de interés de todas las personas pertenecientes a la organización, y responden a diferentes motivaciones. Bajo este concepto, Pérez (2018) explica que “la dirección- el gobierno- de una organización es la realidad más profunda con que nos tropezamos a la hora de explicar su funcionamiento” (p. 117).

Las formas de dirigir son diversas, desde las más autoritarias hasta las más democráticas. Sin embargo, al momento de hablar de la dirección, o gobierno, de una organización las posiciones más extremas terminan, entre autoritarismo y democracia, terminan siendo poco útiles. Pérez (2018) señala que una organización resulta ingobernable si se utilizará alguno de estos dos extremos, y que la consecuencia de ello es el fracaso de la organización, o la incapacidad para alcanzar su propósito final (p. 117).

A continuación, se explicará el modelo de gobierno de organizaciones, propuesto por el Dr. Juan Pérez López, no sin antes mencionar que “sea cual sea la forma que adopte el sistema de gobierno de una organización, éste ha de realizar ciertas funciones que llamaremos Funciones Directivas”. Estas “constituyen una tarea especial que se dan en todas las organizaciones por diversas que sean sus otras tareas” (Pérez, 2018, p. 118). La dirección es, en pocas palabras, la encargada de que “todo vaya bien” en una organización.

Pérez (2018, p. 20) menciona que no basta con que una organización sea posible, pues para que esta opere y exista requiere de 3 elementos básicos:

La formulación de unos resultados por alcanzar; que pueden ser efectivamente conseguidos por la aplicación de un sistema productivo-distributivo, y cuyo logro permitiese aplicar el sistema de incentivos. Es decir que todos terminen recibiendo lo que esperaban por formar parte de una organización.

Que las personas que actúan sepan y sean capaces de hacer los que el sistema productivo-distributivo les pida.

Que las personas de la organización quieran hacer los que el sistema productivo-distributivo les pida.

Lo más importante de la gente que maneja gente es buscar el talento correcto, cuidado con la subjetividad, “buen talento es buena persona y profesional” la disciplina es parte de una persona potencialmente talentosa que sabe hacer correctamente que tiene competencias operativas (habilidades de largo plazo), destrezas (de corto plazo), competencias valorativas; virtudes: hábitos o cualidades permanentes que disponen a obrar rectamente actitudes: vinculadas a la afectividad.

Todo directivo de organizaciones debe de apuntar a lograr conseguir los elementos ya mencionados. Pérez (2018, p. 20) señala que esta labor es conocida como las “funciones del órgano de gobierno de una organización”, estas se pueden detallar en:

- Definición operacional del propósito.
- Estructuración del propósito.
- Puesta en práctica del propósito.

**Figura 18. Funciones del órgano de gobierno de una organización**



Fuente: Pérez (2018, p. 20)  
Elaboración propia

Pérez (2018) explica que, “en las organizaciones estables, y de las cuales se espera que tengan cierta duración, todo aquello que llamamos dirección tiende a conseguir que estos tres procesos se ejecuten de modo adecuado” (p. 21). Se explica también que los fallos graves en estos llevan a la desaparición de la organización.

Basándonos en cada una de estas 3 funciones, se puede decir que en una organización se dan siempre, y necesariamente (i) un propósito o resultado a alcanzar, (ii) una coordinación de acciones que permitan alcanzar dicho propósito y (iii) motivación de cada una de las personas individuales para que actúen del modo requerido de la organización. Es así como, para Pérez (2018), el directivo se encuentra en la necesidad de realizar procesos que lleven a:

- “La determinación de resultados a alcanzar, a través de las actuaciones concretas de la organización (definición operacional del propósito)”.
- “La determinación y comunicación de las actividades concretas que han de ser realizadas por cada persona para que la organización alcance aquellos resultados (estructuración del propósito)”.
- “Motivación de las personas individuales para que cada una de ellas efectivamente desarrolle la actividad que le corresponde (puesta en práctica del propósito)” (p. 18).

A continuación, Pérez (2018) propone clasificar las actividades directivas en tres dimensiones (estratégica, ejecutiva y de liderazgo), las cuales se encuentran detalladas en la Figura 19.

**Figura 19. Las 3 dimensiones de las actividades directivas**



Fuente: Pérez (2018, p. 120)  
Elaboración propia

### **1.3.2. Dimensiones del directivo**

#### **1.3.2.1. Dimensión estratégica**

La dimensión estratégica del directivo se desarrolla “cuando este descubre metas u objetivos inmediatos, cuyo logro permitirá la obtención de un alto valor para los productos o servicios que generará la organización” (Pérez, 2018, p. 134). Vale decir que “el directivo estratega es un “descubridor de oportunidades” para aplicar las capacidades productivas de la organización”, y de esta manera asegurar su supervivencia y continuación sin deteriorar la unidad ni la competencia distintiva para aumentar el rendimiento y mejorar la eficacia.

Ferreiro y Alcázar (2017, p. 176) describen al estratega como alguien que descubre oportunidades en su entorno, cuando los demás solo ven problemas. “Este no solo encuentra ocasiones de negocio, sino que aprovecha, ofrece soluciones, es emprendedor, toma la iniciativa. Este tipo de líder desarrolla estrategias que aumentan el rendimiento o reducen los costos, cabe decir que incrementan la eficacia”.

El estratega a veces se le llama “hombre de negocios”, “empresario” o “emprendedor”. Sabe cómo compaginar las necesidades sentidas por la gente (el mercado) con las capacidades de empresa, para así desarrollar un buen negocio. Son personas muy valiosas, pues no solo descubren modos de hacer económicamente viable a la organización, sino que los ejecutan. En ocasiones se les resta méritos

diciendo que “cualquiera lo hubiera hecho”, pero las empresas sobreviven gracias a ellos o al aprovechamiento de los que descubrieron e iniciaron. (Ferreiro y Alcázar, 2017, p. 176).

### **1.3.2.2. Dimensión ejecutiva**

Por otro lado, la dimensión ejecutiva “se refiere a la aptitud para relacionar los encargos y tareas con las capacidades de los colaboradores a los que dirige, aprovechando sus motivos intrínsecos” (Arévalo, 2019, p. 10). Pérez (2018) menciona que “el talento ejecutivo de un directivo implica la capacidad que tiene para descubrir y utilizar los talentos, habilidades e impulsos de las personas a las que dirige” (p. 127). De esta forma, un líder es capaz de aprovechar las particularidades de las personas para conseguir los fines de la organización.

Ferreiro y Alcázar (2017) mencionan que un líder ejecutivo “sabe descubrir capacidades y oportunidades en las personas, y sabe aprovechar sus talentos para incrementar la producción de la organización” (p. 179). Este es descrito también como “un experto en temas de estructura y organización, delegación, comunicación, etc.”.

### **1.3.2.3. Dimensión de liderazgo**

Finalmente, “la dimensión de liderazgo se refiere a la ocupación del directivo por la satisfacción de las necesidades reales de las personas mediante los bienes o servicios que ofrece su organización, en la que participan como consumidores o productores” (Arévalo, 2019 p. 11). Esta, según explica Pérez (2018), intenta mostrar a los miembros de una organización los efectos que producen sus acciones en otras personas, para de esta manera “busca conseguir que las personas actúen por motivos trascendentes” (p. 127).

Ferreiro y Alcázar (2017) complementan estas ideas mencionando que el líder “es aquella persona que, además de tener cualidades estratégicas y ejecutivas por encima del mínimo, se preocupa de que su gente desarrolle el sentido del deber y aprenda a valorar sus acciones en tanto que estas afectan a otros” (p. 180). Estos autores señalan también que al líder le interesa lo que las personas hacen, pero también la motivación que los impulsa.

Bajo el desarrollo de esta dimensión, el directivo puede fomentar la unidad en su organización. Arévalo (2019, p. 11) menciona que “cuando esta dimensión se encuentra presente ayuda a resolver el conflicto que se produce entre la dimensión estratégica (los resultados) y la ejecutiva (capacidad) ya que el logro de los resultados suele requerir un esfuerzo por emplear las propias capacidades que no siempre es atractivo (sacrificio)”. Es ahí donde

recae la importancia de esta dimensión, por lo que es relevante descubrir las necesidades reales de las personas.

El líder es excelente en todos los planos, con sus acciones lograr crear valores auténticos y profundos en los demás. Logra la eficacia, a la atraktividad y la unidad a largo plazo. Convierta las organizaciones en auténticas instituciones al servicio de la satisfacción de las necesidades reales del entorno interno o externo que se presente en cada escenario. (Arévalo, 2019, p. 11).

### **1.3.3. Criterios de la acción directiva**

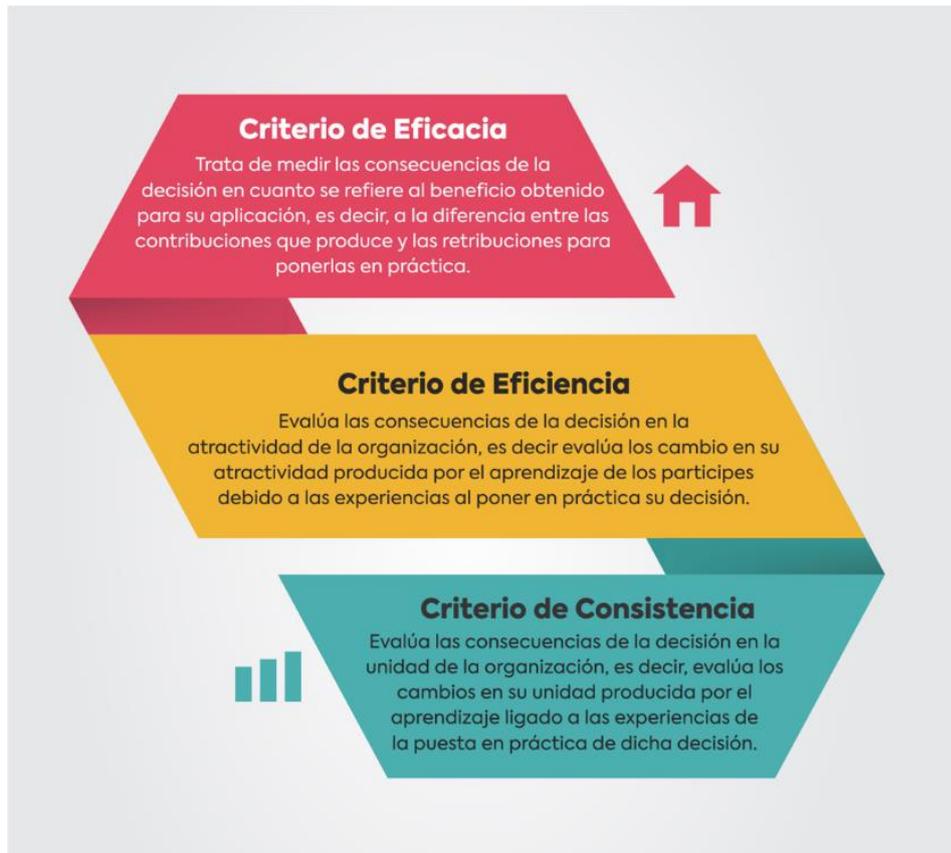
Todos los directivos de organizaciones realizan sus funciones tomando decisiones, las cuales ellos consideran oportunas y correctas. Pérez propone evaluar las decisiones concretas de los directivos desde tres criterios: eficacia, eficiencia y consistencia. Estas responden a los parámetros que el autor propone para medir la bondad en una empresa, los cuales son eficacia, atraktividad y unidad. La figura 20 detalla en qué consiste cada uno de estos criterios.

Pérez (2018, p. 138) sostiene que todos estos son fundamentales para evaluar las decisiones directivas, y que:

La omisión de cualquiera de dichos criterios en el momento de evaluar la conveniencia de una decisión es lógicamente equivalente a la aceptación implícita del modelo que prescinde de aquel aspecto de la realidad al que se refiere el criterio omitido.

Por ejemplo, si se omiten los criterios de consistencia y eficacia para evaluar las decisiones, se puede presumir que los directivos suponen que la organización es una realidad mecánica y que carece de aprendizajes y motivaciones ligados a la experiencia de las personas que lo componen.

**Figura 20. Criterios para evaluar las decisiones directivas**



Fuente: Pérez (2018, p. 138)  
Elaboración propia

### 1.3.3.1. Criterio de eficacia

Respecto al Criterio de Eficacia, Pérez (2018, p. 140) explica que este proviene:

De la diferencia entre los ingresos o contribuciones obtenidas, por la organización, al aplicar sus actividades productivo-distributivas, y los incentivos que han de asignarse vía retribuciones para motivar a los productores a realizar dichas actividades. En suma, una decisión es más o menos eficaz según sea mayor o menor el beneficio que produzca la aplicación del plan de acción, elegido por el directivo.

En complemento con esta idea, Ferreiro y Alcázar (2017, p. 86) explican que “es necesario conseguir un mínimo de eficacia si es que se desea que la organización sobreviva”. Esto debido a que “es necesario lograr generar los recursos mínimos necesarios para satisfacer los motivos extrínsecos de las personas, para que así cooperen con lo requerido por la organización”. En pocas palabras la eficacia es la resta entre los recursos obtenidos y los incentivos brindados por la organización ( $E=R-I$ ). La figura 21 muestra, de forma gráfica, a los incentivos y recursos de una organización.

**Figura 21. Incentivos y recursos en una organización**



Fuente: Ferreiro y Alcázar (2017, p. 132)

En el caso de una entidad pública, como una Dirección Regional de Salud (DIRESA), se puede observar que esta no genera recursos económicos, pues no tiene fines lucrativos. El equivalente a la “ganancia” o recursos generados por una empresa privada, es el Valor Público generado por una institución pública.

El valor público es un concepto propuesto por Moore (1998, p. 18):

Y se refiere al valor creado por el Estado a través de la calidad de los servicios que presta a la ciudadanía, las regulaciones que gestiona para el bienestar de toda la sociedad y el ejercicio de creación de políticas públicas que buscan satisfacer necesidades propias de la población.

Fernández-Santillán (2018, p. 182) explica que para Moore el gobierno no es solo una entidad que propone reglas, “proporciona los servicios o es el proveedor de la seguridad social; sino que también es el creador de valor público y como un activo participante de la esfera pública”. En complemento, Moore ve a los administradores públicos como actores “con un importante papel para ayudar al gobierno a descubrir lo que puede hacer con los bienes que se le han encomendado, así como asegurar servicios de calidad para los usuarios y ciudadanos”.

### **1.3.3.2. Criterio de eficiencia**

Por otro lado, el criterio de eficiencia, o atractividad, se define como “la capacidad de la organización para operar a través de la satisfacción de motivos internos de las personas que participan en ella” (Ferreiro y Alcázar, 2017, p. 138). Esta tiene que ver con el grado de motivación interna que se pueda generar en las personas para prestar su cooperación a la empresa. Tener a las personas atraídas a su actividad permite que estas puedan aprender de la organización, y precisamente con el criterio de eficiencia “se intentan evaluar las decisiones desde el punto de vista del aprendizaje que producen en la empresa” (Pérez, 2018, p. 143). Bajo lo mencionado, se puede afirmar que

una decisión es eficiente cuando mejora la capacidad de la empresa para el desempeño de sus actividades productivas y/o distributivas; es decir cuando más aprendizaje produce para la empresa y pueda hacer mejorar aquello que la organización tenga por hacer. Al momento de tomar una decisión es imprescindible valorar sobre cómo esta influirá sobre la atractividad de las personas de la organización, y su impacto en la eficacia. (Pérez, 2018, p. 143).

### **1.3.3.3. Criterio de consistencia**

Finalmente, el criterio de consistencia “evalúa los efectos de las decisiones en la unidad de la organización” (Pérez, 2018, p. 150). Para producir esta unidad es requerida la confianza mutua entre los miembros de la organización. Esta última, tal como resalta Pérez (2018), “tiene resultados económicos, ampliamente reconocidos en las modernas elaboraciones de teoría económica que abordan el estudio de la empresa, teniendo en cuenta que esta es una organización humana” (p. 150).

Pérez (2018), “tiene resultados económicos, ampliamente reconocidos en las modernas elaboraciones de teoría económica que abordan el estudio de la empresa, teniendo en cuenta que esta es una organización humana” (p. 150).

Ferreiro y Alcázar (2017) definen a la unidad como “la capacidad de la organización para satisfacer los motivos trascendentes de las personas que participan en ella, sus necesidades afectivas” (p. 148). Para lograrlo se hace necesario que los miembros de una organización reconozcan el valor de lo que hacen para otras personas, pues ello crea identificación con las actividades de la misma organización. Esta identificación depende de 3 factores, según Ferreiro y Alcázar (2017):

- Calidad del sistema formal,

- Calidad del sistema espontáneo, y
- Calidad en la comunicación.





## Capítulo 2. Marco metodológico

### 2.1. Pregunta y propósito de la investigación

Las Direcciones y Gerencias Regionales de Salud son parte esencial dentro de la estructura organizacional del Sistema de Salud peruano, su propósito es permitir que el servicio de salud sea entregado a los ciudadanos de forma adecuada, a nivel nacional. Es así como, el gobierno de estas direcciones regionales y la función del directivo regional en salud son el epicentro de la presente investigación.

Para ello, se propone utilizar la teoría sobre dirección de las organizaciones, propuestos por Pérez (2018) en su libro “Fundamentos de la dirección de empresas”.

El elemento determinante de la propuesta se centra en el ámbito de competencias del directivo regional, condicionado por el proceso de descentralización que ha asumido el país como una política de Estado, un engranaje complejo en el que nos detenemos para analizar y alcanzar una propuesta viable. Cabe indicar que el año 2020, la labor directiva del sector salud también se ha visto condicionada por la situación de Emergencia por el COVID-19.

Por lo antes expuesto, la pregunta de investigación que guiará el presente trabajo es: ¿Cuál es el perfil del directivo público idóneo para el sistema de salud público peruano desde una perspectiva regional, en el marco del modelo propuesto por Pérez (2018)?

### 2.2. Objetivos de la investigación

#### 2.2.1. Objetivo general

Elaborar un modelo de directivo público en salud desde una perspectiva regional para el Perú.

#### 2.2.2. Objetivos específicos

1. Describir y analizar la gestión de las Direcciones o Gerencias Regionales de Salud del Perú.
2. Revisar el proceso de descentralización y su influencia para el sistema de salud pública y su organización.
3. Explicar las carencias y brechas existentes de los directivos públicos regionales en salud del Perú, sobre las funciones fundamentales de la dirección propuesto por Pérez (2018).

### 2.3. Metodología

Tal como se ha mencionado, un eficiente sistema de salud incide en la vida de las personas de forma significativa. Por lo que, resulta relevante el estudio del funcionamiento del sistema y de las organizaciones que lo componen.

La organización es el sistema que tiene a su vez subsistemas que permiten el ejercicio de las decisiones directivas, las que son analizadas y contrastadas con la teoría sobre las funciones fundamentales de la dirección propuesto por Pérez, por lo que los directores y gerentes regionales son el eje de nuestra investigación.

**Figura 22. Regiones seleccionadas para el estudio**



Fuente: elaboración propia

Teniendo en cuenta que el Perú tiene 25 gobiernos regionales, cada uno con una gerencia o dirección regional de salud y con la finalidad de concretar un análisis a profundidad, se ha optado por estudiar el gobierno de 5 Direcciones Regionales y 2 Gerencias Regionales de Salud en 7 departamentos: Arequipa, Madre de Dios, Puno, Cajamarca, La Libertad, Pasco, y Loreto que representan a diversos contextos (población, presupuesto, accesibilidad, clima, recursos financieros, entre otros) en los que se presta el servicio de salud para obtener una perspectiva regional del Perú. Se ha optado por estudiar las cifras de los últimos 4 años: 2017, 2018, 2019

y 2020. Es importante tener en cuenta que el año 2020 es un año atípico para el sector debido a la situación de Emergencia nacional por el COVID-19.

Como estrategia general de recojo de información se realizaron *a)* entrevistas a profundidad a los directivos de las mencionadas direcciones y gerencias regionales de Salud. El cuestionario, adjunto en el Anexo 1, contiene las preguntas respecto al gobierno de la DIRESA o GERESA, sobre la base de las 3 dimensiones propuestas: Estratégica, Ejecutiva y de Liderazgo.

Asimismo, se complementó dicha información con la realización de *b)* un grupo focal dirigido a expertos y ex funcionarios de alto nivel del sector salud en el Perú. La guía para la realización del presente *focus group* se encuentra en el Anexo 2 del presente documento. De igual forma, se realizó un análisis exhaustivo de información de la gestión de la salud en las regiones seleccionadas.

Con la información obtenida se procedió a cumplir con el primer objetivo específico planteado para la presente investigación. Una vez realizadas las entrevistas, se contrastó las respuestas obtenidas y se realizará un ejercicio de triangulación de datos con información e indicadores de salud de cada una de las gestiones de salud a nivel subnacional seleccionadas de manera aleatoria.

Con el resultado se ha profundizado el análisis y elaborado una descripción del gobierno, y del rol de los directivos, dentro de las Direcciones Regionales de Salud seleccionadas, bajo el modelo propuesto por Pérez y las variables mencionadas previamente.

Sobre la descripción trabajada, se ha identificado las vulnerabilidades del gobierno de las direcciones y gerencias en el contexto del proceso de descentralización cumpliendo satisfactoriamente el segundo objetivo específico planteado.

La dirección de una organización puede entenderse desde diferentes perspectivas. Sin embargo, en la presente investigación se ha optado por utilizar el modelo propuesto por Pérez, denominado "antropológico" pues aborda las diversas dimensiones del funcionamiento de la organización. Al interior de este modelo:

Pérez propone que la dirección de toda organización posee tres funciones claves, y conforme a ellas se llevan a cabo las diversas tareas del directivo de una organización. Dichas funciones de la dirección despliegan tres procesos: formulación del propósito (estrategia), estructuración del propósito (ejecutiva) y la puesta en práctica del propósito (liderazgo). (Ferreiro y Alcázar, 2017, p. 131).

Estos tres procesos representan o aglutinan las funciones que el gobierno de una Dirección Regional de Salud demandaría, de acuerdo con este modelo; y representan las tres variables desde donde se estudiará el gobierno y el rol de los directivos públicos de la DIRESA seleccionada.

Finalmente, y en cumplimiento del tercer objetivo específico, se elabora la propuesta del perfil idóneo para un Directivo Público regional a través de un modelo. Esta parte de la investigación pretende proponer desde la academia una alternativa que contribuya a la satisfacción de la necesidad de salud de los ciudadanos.



## Capítulo 3. Situación actual de la dirección pública

El presente capítulo contiene la información obtenida del recojo de información sobre los procesos de dirección, existentes en las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o Gerencia Regionales de Salud (GERESA), está dividido en dos partes, la primera el análisis de las entrevistas realizadas a los directores y gerentes regionales y el análisis de los datos de cada gestión regional, para verificar el estado las tres funciones directivas del modelo antropológico de Pérez (2018). Esto permitirá conocer el estado actual de las dimensiones directivas dentro de las Direcciones y Gerencias regionales de salud estudiadas.

La segunda parte del presente capítulo muestra el Estado Situacional de la gestión pública regional. En esta se presenta hace un análisis del presupuesto de los gobiernos en las regiones estudiadas, y el porcentaje que está destinado al sector salud. Asimismo, se muestra el número de establecimientos de salud.

### 3.1. Entrevista estructurada hacia directivos

#### 3.1.1. Análisis de las entrevistas a los directores y/o gerentes regionales por dimensiones

##### 3.1.1.1. Dimensión estratégica

Tal como se ha resumido en el primer capítulo, la dimensión estratégica de la gestión directiva hace referencia a las actividades que definen operacionalmente el propósito, sobre todo en los espacios que no son definidos formalmente. Esta se desarrolla cuando “el directivo descubre metas u objetivos inmediatos, cuyo logro permitirá la obtención de un alto valor para los productos o servicios que generará la organización” (Pérez, 2018, p. 134). Bajo esta dimensión, el directivo debería apuntar a ser un “descubridor de oportunidades”.

Además, el directivo debe tener la capacidad para aumentar la eficacia para incrementar el valor del servicio que se brinda como organización, logrando mejorar la eficacia sin deteriorar la unidad ni la competencia distintiva (Ferreiro y Alcázar, 2017, p. 175).

Teniendo en cuenta la información obtenida, se puede afirmar que en las regiones estudiadas el gobierno de la organización formal e informal de las Direcciones y Gerencias Regionales de Salud depende, en gran medida, de la persona que se encuentre al frente de la institución en ese momento, el director o gerente. Este es un cargo de confianza, cuyo nombramiento depende del Gobernador Regional de turno. Lamentablemente, al igual que la gran cantidad de cargos directivos nacionales, los cargos de directivos regionales en salud son

poco estables y atraviesan por constantes cambios. Es importante mencionar que estos cargos son poco mediáticos, lo cual hace que cuenten con poca fiscalización y su nombramiento no es difundido de forma ideal.

El cargo de gobernador regional, en el Perú, tiene una duración de 4 años. Sin embargo, es poco frecuente que un mismo director o gerente de salud acompañe al gobernador durante toda su gestión, generalmente el cargo es ocupado durante un periodo más corto. El funcionario regional de salud, en funciones, suele tener una duración menor, lo cual representa una dificultad para realizar cambios institucionales que perduren en el tiempo.

Los directivos entrevistados cuentan con ciertas similitudes, y también diferencias en cuanto a sus propósitos a corto, mediano y largo plazo. Dentro de los entrevistados, 5 directivos (Puno, Madre de Dios, Arequipa, Cajamarca y La libertad) resaltan, de forma explícita, la necesidad de doblar los esfuerzos para el fortalecimiento de la primera línea de atención a los pacientes y actuar bajo un enfoque preventivo. La gran mayoría de los directivos entrevistados resaltan la importancia de que los pacientes no lleguen a un estado crítico, sino que sean atendidos de forma temprana, y para ello se debe trabajar en cubrir la brecha actual existente en cuanto a personal e infraestructura de salud de primera línea.

Hay que fortalecer dos estrategias que las consideran sumamente importante como es lo que le mencionaba de fortalecer el primer nivel de atención...y ...los puestos y centros de salud con el personal que sea necesario, los insumos, medicamentos. (L. Chirinos, comunicación personal, 14 de abril 2021).

El propósito que tenemos nosotros es cumplir con la función salud en la región Cajamarca...garantizar la salud de la población cajamarquina en el parte preventivo promocional, recuperación y rehabilitación y, lógicamente, esto con un enfoque de familia y comunidad. (P. Cruzado, comunicación personal, 7 de julio del 2021).

A corto plazo estamos en una época de pandemia en la cual nosotros queremos, sobre todo, disminuir el tema de mortalidad, de letalidad, de contagios en la región... es inmediatamente tener un plan reforzado ante una tercera ola...a mediano plazo. Estamos hablando de lo que es disminuir la mortalidad materna, disminuir el tema de la anemia infantil (que es una preocupación bastante grande), el tema de las enfermedades no transmisibles (tuberculosis...), también el tema de una reforzamiento en el primer nivel de atención y sobre todo en la atención primaria en salud, que es mal entendida como el enfoque que solo se presta en un primer nivel de atención, pero es, más bien, una estrategia sanitaria

con oportunidad, con calidad, con seguridad. (K. García, comunicación personal, 14 de julio de 2021).

Mi estrategia, juntamente con el gobernador, de inicio era fortalecimiento del primer nivel de atención, hacia eso nos habíamos abocado como gestión a cargo de la Dirección Regional, fortalecer el primer nivel de atención en esos 3 componentes... infraestructura, equipamiento y recursos humanos... Pudimos diseñar 14 establecimientos llamados estratégicos que era donde queríamos priorizar. Hemos logrado ya hasta el mes de... hasta ahora, 6 expedientes técnicos para nuevos establecimientos de salud [...]. (R. Tello, comunicación personal, 11 de mayo del 2021).

Las muertes maternas se produjeron, justamente, porque las costumbres de las gestantes, de las puérperas eran, en algunos aspectos, negativos para el cuidado de la salud de las madres. Entonces, si no tomamos en cuenta eso, es difícil abordar el tema de mortalidad. Entonces, el objetivo primordial, a nuestro entender, de los servicios de salud debe ser: impedir que la gente enferme. Es decir, atención primaria, prevención, atención en comunidad. (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

Otro punto importante en el que coinciden los directivos regionales entrevistados es la importancia de considerar las particularidades de su territorio para la gestión del servicio de salud. Esto es importante pues el Perú cuenta con una gran diversidad de climas y contextos particulares que representan un reto para la implementación de cualquier política pública. Por ejemplo, los directivos regionales de Madre de Dios y Loreto recalcan que se debe tener en cuenta las “enfermedades regionales” propias de su clima particular amazónico. Un ejemplo de ello son las enfermedades metaxénicas. Por otro lado, en Puno y Arequipa se debe atender las olas de friaje anuales en los meses de junio, julio y agosto.

Y estos indicadores tenían que ver con algunas políticas que establecimos en la región y estas estaban concentradas al tema de desnutrición infantil, a la muerte materna, a las enfermedades metaxénicas y estuvieron concentrados en el tema de anemia, también para la niñez. (H. Rodríguez, comunicación personal, 27 de julio del 2021).

Una región en pobreza extrema, a pesar de todas las potencialidades que tiene como región en varios aspectos; también, es una región que tiene auto sostenibilidad en una serie de aspectos, sin embargo, no ha sido bien explotada, y, por supuesto, la consecuencia de todo esto es de que en salud hay muchísimas

carencias y hay consecuencias de la mala gestión que ha habido en salud. Pero repito, esto viene de años, es un problema estructural de la región. Entonces, hacer gestión en salud en esta región requiere una serie de conocimientos y una serie de experiencias, porque no basta, por decir, con tener la formación, en este caso, médica o de otra profesión de la salud o formación en Derecho... sino que necesita conocimientos, repito, mucho más amplios. (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

La inclusión de las particularidades del territorio en la generación de políticas públicas responde a un enfoque territorial de la gestión pública. En este también se debe considerar las características geográficas de cada región y la interacción de los ciudadanos con esta geografía. Por ejemplo, Pasco debe tener en cuenta la actividad minera desarrollada en su territorio; asimismo, Loreto debe considerar las vías fluviales para el transporte en su territorio e implementar hidroambulancias. Varios directivos regionales también reconocen la heterogeneidad del territorio de una misma región, y explican que las políticas nacionales no deben hacerse “pensando solo en Lima”.

Nosotros decidimos establecer no un SAMU de tipo urbano, sino un SAMU urbano – rural. De tal manera que se estableció una línea de conexiones que incluían teléfono, radiofonía, internet, todos los medios en una sala que funcionaba las 24 horas y que era capaz de conectarse con cada uno de los puntos que tuvieran algún tipo de comunicación en toda la región y esto incluyó una red de hidroambulancias. (H. Rodríguez, comunicación personal, 27 de julio del 2021).

Sobre las particularidades de las entrevistas, es importante resaltar que el directivo de la Región Puno resaltó, desde un primer momento, la importancia de incorporar los saberes ancestrales de la región en la gestión de la salud. El entrevistado hizo hincapié en la falta de un enfoque intercultural en la administración regional de la salud y comentó que las directivas emitidas desde el Gobierno Central solo consideraban una visión occidental de la salud. Esta es una particularidad del actual director regional, y se entiende que es un sello personal de la actual gestión de Puno. La continuidad de esta visión queda en duda frente a un futuro cambio en la dirección regional.

Es importante resaltar también la importancia que se le buscar dar a los saberes técnicos, de gestión pública, en las regiones estudiadas del norte del país, cabe decir en La Libertad y Cajamarca. En Cajamarca el directivo regional mencionó la inclusión de gerentes públicos de la Autoridad Nacional del Servicio Civil – SERVIR. Asimismo, en La Libertad, la gerente

regional hizo énfasis en la necesidad de contar con personal con saberes técnicos en la gestión pública, para el desarrollo de mejores políticas e intervenciones regionales.

Sin embargo, también es importante mencionar que existe poca claridad sobre el planteamiento de estrategias para dar seguimiento al cumplimiento de los objetivos trazados. Asimismo, el principal problema mencionado por los directivos regionales es la falta de recursos económicos. Se explica que el presupuesto se encuentra centralizado en el Ministerio de Salud, y que el dinero recibido permite muy poca capacidad de gestión, pues la gran mayoría de este ya se encuentran destinado para fines específicos. Desde una visión del gobierno central también se menciona, en el grupo focal realizado, que las direcciones y gerencias regionales de salud se encuentran condicionadas a la asignación de presupuesto de los Gobiernos Regionales.

Los directivos entrevistados buscan aprovechar sus recursos de la mejor forma posible, pero coinciden en que este es insuficiente. Ninguno de los entrevistados ha mencionado la existencia de alguna estrategia innovadora para obtener mayores recursos, solo el concretar reuniones con el Ministerio de Economía y Finanzas. Dentro de los expertos consultados en el grupo focal, se ha mencionado que en los últimos años se ha observado la falta de líderes que administren y gestionen en salud en cada región. Este problema podría atenderse con la búsqueda de donaciones, auspicios, asociaciones público-privadas, obras por impuestos, entre otros.

#### **3.1.1.2. Dimensión ejecutiva**

La presente dimensión, tal como se definió en el Capítulo 1, “se refiere a la aptitud para relacionar los encargos y tareas con las capacidades de los colaboradores a los que dirige, aprovechando sus motivos intrínsecos” (Arévalo, 2019 p. 10). Es decir, colocar a las personas en los sitios idóneos, y saber utilizar sus habilidades para los fines de la organización y tener la capacidad para mejorar la atractividad de la organización; “es la actitud para adaptar las operaciones a aquellos trabajos o tareas que las personas tienen mayor talento están inclinadas a realizar por motivos intrínsecos” (Ferreiro y Alcázar, 2017, p. 175).

Respecto a esta dimensión, los directivos entrevistados mencionan que la comunicación interna con los directores ejecutivos y los directores de los hospitales del territorio es fundamental para la gestión regional. Estos resaltan la importancia de las reuniones periódicas con ellos, y también el fomentar que se reúnan con sus respectivos equipos, para así conocer las necesidades y recomendaciones del personal. Todos los entrevistados señalan que tienen reuniones periódicas con su equipo, y la gran mayoría señala que estas se realizan una vez por semana.

La promoción y planificación en la Gerencia Regional de Salud se hace con todas las direcciones ejecutivas que existen, en reuniones sostenidas en el día a día, Era un trabajo esforzado de todos los días para hacer un informe y evaluación de cómo estaba comportándose la pandemia y a través de los directores también a quienes se convocaba participar y hacer un análisis del curso de la pandemia y después de eso, ellos convocaban, hacían reuniones igual en sus comandos que tenían en los hospitales a través de sus jefes de departamento, entonces se utilizaba la estructura orgánica de cada institución para poder transmitir las decisiones que se iban tomando. (L. Chirinos, comunicación personal, 14 de abril 2021).

En las reuniones ejecutivas que tenemos no necesariamente estoy yo, puede estar el director adjunto, o en este caso también este... asesoría de dirección para la toma de... de decisiones se pone este... con cada director le pregunta los problemas que se tienen en cada oficina. Cuando están más directores se pide la ayuda, se pone fechas y están entregando los informes en el tiempo requerido. (P. Mayorca, comunicación personal, 21 de julio del 2021).

Acá tratamos de que los directores tomen también decisión, los trabajadores tomen también decisiones y sí tenemos reuniones muy frecuentes a la semana para que todos expresen sus inquietudes y también planteen soluciones. Entonces, la gerencia plana, horizontal es fundamental, en salud es fundamental. No se tiene la costumbre por organización, por cuestiones ajenas, incluso, no se tiene la costumbre, pero eso debería ser. (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

En Puno se resalta una estrategia interesante. Se ha desarrollado un comité de gestión, el cual debe de pronunciarse sobre los documentos remitidos, que requieren un punto de vista institucional, antes de ser derivados. El directivo de esta región resalta su insistencia en hacer reuniones con sus directores, idealmente, 3 veces por semana. Este también resalta su intención de generar una gestión participativa, y que ese sea su factor diferenciador sobre otras gestiones.

Los directivos entrevistados señalan también la necesidad de actualizar los instrumentos de gestión, y que estos terminen siendo una herramienta del día a día. Los directivos de La Libertad, Cajamarca y Madre de Dios consideran que los actuales instrumentos, como el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y el Manual de Operaciones y Funciones (MOF), son poco usados y que carecen de sentido práctico. Se sugiere fomentar instrumentos

de gestión que le den énfasis a los procesos que se siguen en una dirección o gerencia regional de salud, por ejemplo, Mapa de Procesos.

Obviamente que, dentro de las direcciones, cada director debe cumplir con el modo que le da las indicaciones de acuerdo con las competencias que tiene, si por a o b tiene que intervenir para la resolución de un conflicto o problema que hubiera, de repente puede intervenir dos o tres direcciones “Yo creo que deberíamos actualizarlos, ¿no?, para tener una visión más antes de lo... de repente anteriores para tener una mira hacia un... hacia... hacia delante, ¿no? (P. Mayorca, comunicación personal, 21 de julio del 2021).

Claro, por supuesto hay que modernizarlos porque son instrumentos que, muchas veces, primero que no están actualizados y segundo que no se cumplen. Entonces, lo que hay que hacer es de que primero hay que actualizarlos y ponerlos realmente en servicio. O sea, que sean, efectivamente, instrumentos de gestión, no solamente meras formalidades. (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

Sí, el ROF sigue siendo el instrumento de gestión que regula, pero paralelo a eso, nosotros tenemos este tipo de reuniones, ¿no? Si está considerado también las reuniones que coordinación entre funcionarios, eso están enmarcados en el ROF y creo que nosotros estamos dando cumplimiento a esta actividad y también monitoreando de cerca que todo lo que se planea, se ejecuta. (R. Tello, 11 de mayo del 2021).

Reordenamiento o tendríamos que decir que es un ordenamiento al mismo organigrama que tiene el Ministerio de Salud ya comienza hace tres o cuatro años con el gerente de ese momento, justamente para tener alineadas las funciones, ya que teníamos y tenemos (actualmente) muchas actividades fragmentadas dentro de la misma gerencia que podría llevarlos solo un área. Por el Gobierno Regional donde nosotros somos un órgano de línea, al ser un órgano de línea, ellos tienen que cambiar su MOF y su ROF para que recién nos den la autorización de nosotros reorganizar. (K. García, comunicación personal, 14 de julio de 2021).

Yo creo que el ROF e incluso el CAP ya no se están utilizando, sino que debemos tener el MOP el Manual de Operaciones. Esto en el país está muy débil desde el año 2002...en cambio con el ROF y el MOP no se puede mejorar nada porque ya están enmarcadas cuáles son las funciones y las funciones ya no se pueden

mejorar más. En cambio, los procesos sí a través de lo que es la lógica del mejoramiento continuo y la consecuencia. Los órganos de línea deben definir que son quienes cumplen con la función de rendición en la función salud, estos órganos de línea son los que deben generar los procesos en realidad que nos permitan cumplir con nuestras funciones y nuestro desempeño institucional...” (P. Cruzado, comunicación personal, 7 de julio del 2021).

Sin embargo, la principal dificultad para esta dimensión es la poca capacidad de los directivos para gestionar los recursos humanos, en las regiones estudiadas. Esta ha sido confirmada por los expertos participantes del grupo focal, y responde a un problema del sector público en general.

Actualmente, existen diversas modalidades de contratación de personal, incluyendo la modalidad laboral informal. La generación de plazas de trabajo y el poder modificar a los equipos son acciones muy complicadas. Por otro lado, la poca cantidad de recursos también afecta a esta dimensión. Los directivos regionales entrevistados, sostiene que, no existe una homologación de sueldos a nivel nacional, y muchos directivos y servidores terminan recibiendo una remuneración inferior.

### **3.1.1.3. Dimensión de liderazgo**

Esta dimensión está referida a las actividades que generan una motivación para la puesta en práctica del propósito, acudiendo a mecanismos distintos a los cubiertos por el sistema formal. Pérez (2018) señala que se debe mostrar a los miembros de una organización los efectos que producen sus acciones en otras personas, para de esta manera “busca conseguir que las personas actúen por motivos trascendentes” (p. 127).

El líder debe tener “la capacidad para acrecentar la unidad, es el saber impulsar a las personas para que actúen movidas por motivos trascendentes” (Ferreiro y Alcázar, 2017, p. 176).

Los directivos entrevistados resaltan la importancia de tener un equipo cohesionado. Además, resaltan la relevancia de establecer buenas relaciones entre líderes y equipos.

El poder tener un liderazgo en términos del que comprometa todo el equipo. Este, es importante esperamos y creemos que lo estamos logrando. Esto se comprueba con el alto compromiso y el rendimiento que tienen los equipos tanto en la parte de gestión como en la parte operativa...En temas de nuestras reglas que tenemos acá de oro es la puntualidad, la responsabilidad y todo lo que

implique el poder tener el poder actitudinal en niveles que queremos se están logrando. (K. García, comunicación personal).

Nosotros tratamos de hacer, es más bien hacer una motivación emocional, porque hacemos comparaciones y aquí inclusive hemos tenido una reunión con el personal de hacerles una motivación emocional al margen de las deficiencias o demandas insatisfechas que haya, en el sentido de que la vida y la salud de una persona es lo más importante que hay y que el rol que tenemos nosotros por trabajar en Salud... (L. Chirinos, comunicación personal, 14 de abril 2021).

Los directivos entrevistados señalan que es importante fomentar la motivación en el personal de salud de sus respectivas regiones. Ellos explican que el principal medio que tienen para motivar a sus equipos es el resaltar la importancia de su labor para la región. Ellos son los responsables de la entrega del servicio de salud, de la vida de las personas. Esto es primordial para el desarrollo de las personas, sobre todo en un contexto de pandemia.

Sino cuál es el rol fundamental que tenemos frente a la sociedad trabajando en Salud y eso involucra también hacerles entender a todos los que trabajamos en Salud, que una persona acude a un Centro porque tiene una necesidad de atenderse de algo, no nos visitan porque quieren vernos la cara, como digo siempre yo, sino porque necesitan de algo, entonces deben tener una atención con calidez. (L. Chirinos, comunicación personal, 14 de abril 2021).

La parte motivacional va de repente en financiar su plan de salud ocupacional no de manera completa como dice la ley, pero al menos de algo con compensación de alimentos, el que se puedan brindar todas las herramientas que sea necesarias, el poder darles no sé algún tipo de protección personal de manera adecuada y lo otro queda en poder tener una motivación reputacional. (P. Cruzado, comunicación personal, 7 de julio del 2021).

Serían en el caso, en el tema meritocráticos, dependiendo de las maestrías... o de los diplomados, o de los doctorados que pueda haber. Cada incentivo, que cada trabajador tiene de forma directa, ya viene garantizado por el sueldo mensual que ellos... que ellos tienen mes a mes y los que se estila y lo que se dice también en lo que es gestión en salud o gestión en cualquier tipo de profesión; si tú te preparas más, pues, digamos con una maestría, otra maestría, otra maestría o un doctorado, pues, cuanto más preparado estás las exigencias... en lo posible tratamos de capacitarlos, no solo ellos sino todos los que están... este, en lista de capacitación y de acuerdo con el la lista que le menciono, los mandamos de

acuerdo al lugar que están estén laborando en ese momento. (P. Mayorca, comunicación personal, 21 de julio del 2021).

Capacitaciones son muy pocas las oportunidades de capacitación. Vamos, en la medida de lo posible se les reconoce el trabajo, pero es discursivo porque en lo concreto no hay... Si bien es cierto, sí se puede sin necesariamente tenga que ver con el tema remunerativo, presupuestal, hay otras formas de incentivar al personal, pero, como le digo, tiene sus limitaciones. (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

Sin embargo, también se menciona que se cuentan con recursos limitados para proponer otro tipo de motivaciones, como las capacitaciones. Comentan que no existe una política para capacitar al personal, pero tampoco se refieren a una estrategia que ellos hayan desarrollado para poder desarrollar capacitaciones, como podría ser el convenio con alguna institución formativa. Además, son reducidas las acciones institucionalizadas en favor del clima laboral.

### **3.1.2. Desarrollo de las entrevistas a gerentes y directores regionales por Gobierno Regional**

#### **3.1.2.1. Dirección Regional de Salud de Puno**

##### a) Datos generales

- Nombre del Entrevistado: Walter Oporto.
- Cargo: Director Regional de Salud Puno.
- Entrevistador(a): Alejandra Aramayo.
- Objetivo: Conocer el estado de las funciones directivas en la institución.

##### b) Dimensión estratégica

La gestión se enmarca en un contexto particular. Puno es una región que históricamente ha estado postergada por el estado peruano en muchos aspectos. Una muestra de ello es el nivel de pobreza extrema, a pesar de todas las potencialidades que se tiene, en diferentes dimensiones. Puno es una región que tiene auto sostenibilidad, sin embargo, no ha sido bien explotada, y, por supuesto, la consecuencia de todo esto es de que en salud hay muchísimas carencias.

Con todo lo mencionado se puede decir que hacer gestión en salud dentro de esta región requiere una serie de conocimientos y una serie de experiencias. No basta con tener la formación, en este caso, médica o de otra profesión de la salud; o formación en Derecho. Adicionalmente, se necesita conocimientos mucho más amplios. El altiplano peruano es una región en donde se ha desarrollado una cultura milenaria, muy rica. Esto representa un bagaje

cultural realmente extraordinario y potente, pero que presenta ciertos aspectos de colisión con un estado formal, occidental. Dentro de los objetivos a corto plazo tiene que ser que en los documentos de gestión estén incorporados estos aspectos.

Los documentos de gestión contemplan lo formal, lo que viene desde el gobierno central. Esto ya viene normado por costumbres, desconociendo la cultura y las particularidades de la zona. Entonces, la labor es trabajar en ese aspecto a corto, mediano y largo plazo. Esto es algo que siempre se trata de compartir con los directores ejecutivos y los directores de las Unidades Ejecutoras (hospitales).

En relación con las dificultades y oportunidades para cumplir los objetivos propuestos, se puede decir que hay que resolver un problema organizativo. Este es un problema crítico en salud que no es solo de la Dirección Regional de Salud, sino también en las unidades ejecutoras, en los hospitales, en los servicios de salud. Para poder brindar un mejor servicio y esta organización implica la organización de la cartera de servicios, los horarios, la provisión de medicamentos, etc.

La parte organizativa es un primer aspecto, pero también hay que observar el sistema que se emplea para dar el servicio. Este último es otro punto que también tiene serias falencias porque es un sistema que no llega a cubrir a todos los usuarios por las limitaciones que se tiene, por la falta de presupuesto del dinero, etc.

Los objetivos de la institución deben estar alineados a ello. En nuestro entender lo fundamental debería ser evitar que la población enferme, que la gente enferme. Tradicionalmente se piensa que los servicios de salud están para atender a aquellos que ya se enfermaron. Entonces, se espera a los pacientes en la puerta de los servicios de salud y bueno, sin embargo, el problema no está ahí. El problema está afuera, en las comunidades, está en la vivienda, en el hogar, donde la gente sigue enfermando y en esta pandemia, por ejemplo, sigue muriendo. Entonces, el objetivo primordial, de los servicios de salud debe ser: impedir que la gente enferme.

Respecto a la relación con el Ministerio de Salud del Gobierno Central, se explica que faltan afinar muchos aspectos. Se supone, que las funciones en salud del ministerio ya han sido delegadas a los gobiernos regionales, y a sus Direcciones Regionales de Salud o Gerencias Regionales de Salud. Sin embargo, el 70% y más del presupuesto en salud lo sigue manejando el Ministerio de Salud y menos del 30% lo manejan los gobiernos regionales. Entonces, si bien es cierto, los gobiernos regionales tienen las funciones y responsabilidades, los recursos siguen siendo manejados por el gobierno central. Sigue habiendo el centralismo y eso es una de las razones por las cuales todavía hay serias deficiencias en las regiones.

### c) Dimensión ejecutiva

En la toma de decisiones y su comunicación, siempre se trata de hacer una gerencia plana, horizontal, participativa y democrática porque todos los trabajadores tienen algo que decir. A diferencia de otras gestiones donde, generalmente, por cuestiones de tiempo, de costumbres, de conflictos, son los jefes los que toman la decisión y se implementa. Actualmente, se trata de que los directores tomen también decisión, los trabajadores tomen también decisiones y se tienen reuniones muy frecuentes a la semana para que todos expresen sus inquietudes y también planteen soluciones. Entonces, la gerencia plana, horizontal es fundamental, en salud es fundamental. No se tiene la costumbre por organización, por cuestiones ajenas, pero se busca cambiar eso.

Se tienen reuniones 3 veces por semana con todas las direcciones: Salud de las personas, la Dirección de Medicamentos Insumos y Drogas, Salud Ambiental, Recursos Humanos, Asesoría Legal, Epidemiología, Estadística, Administración, entre otras. Se propicia también que estas tengan reuniones con su personal y se muestren las actas respectivas.

Otro caso es que la Dirección Regional recibe constantemente una serie de argumentos de diferentes instituciones. Estos documentos deben derivarse a oficinas respectivas para darles el trámite. Entonces, muchos de estos documentos previamente deben de pasar por el comité de gestión. Entonces, el comité de gestión debe de pronunciarse con respecto a estos documentos y luego ser derivados. Cada director expresa su opinión, da a conocer el conocimiento que tienen sobre estos temas, así buscamos fomentar una gestión horizontal.

### d) Dimensión de liderazgo

Se explica que la relación con los trabajadores es buena, pero eso cambia constantemente. El principal motivo de esto es la falta de presupuesto, pues genera conflictos entre los directivos y áreas de la institución. El tema presupuestal no depende tanto de la región, porque los sueldos están fijados. Peor aun cuando la región Puno, varios trabajadores contratados perciben la mitad que los trabajadores contratados de otras regiones, y ese es un tema que viene de hace mucho tiempo.

Se tienen limitaciones para implementar incentivos. Por ejemplo, son muy pocas las oportunidades de capacitación. En la medida de lo posible, se busca reconocer el trabajo, pero por lo general es discursivo porque hay muy pocas cosas concretas.

## **3.1.2.2. Gerencia Regional de Salud de Arequipa**

### a) Datos generales

- Nombre del Entrevistado: Leonardo Chirinos.

- Cargo: ex Gerente Regional de Salud Arequipa.
- Entrevistador(a): Alejandra Aramayo.
- Objetivo: Conocer el estado de las funciones directivas en la institución.

#### b) Dimensión estratégica

Sobre los objetivos a desarrollar, para este momento hay que fortalecer dos estrategias que las consideran sumamente importante. En primer lugar, fortalecer el primer nivel de atención, ya que el año de experiencia en esta pandemia ha demostrado que este es muy frágil. La pandemia está demostrando que hay que enfrentarla de diferentes formas. Fortalecer debilidades del primer nivel es crucial pues se tiene que reforzar los puestos y centros de salud con el personal que sea necesario, los insumos, medicamentos, para evitar que las personas que se contagian no se compliquen ni lleguen.

En segundo lugar, se debe fortalecer la capacidad de hospitalización en los centros de salud y mejorar su infraestructura. Entonces hay que articular bien el funcionamiento de esta estructura, pero con un enfoque diferente, tenemos que empezar a pensar que esta pandemia se va a quedar entre nosotros. Entonces, hacer un enfoque diferente en Salud, ya no como era tradicionalmente, lo que yo pienso es de que nos está dando, hay que dar un giro de 360 grados en el enfoque de Salud a nivel nacional, trazando una nueva forma de manejo de pacientes, trazando una nueva forma de atención de pacientes, trazando nuevas formas.

Se explica que lo que se está haciendo ahora es algo que preocupa, lo que se ve es solamente una respuesta reactiva de parte de las autoridades. Es decir, se presentan casos o hay un foco en determinada localidad, entonces se da una respuesta inmediata. Se debería hacer cerco en zonas focalizadas para controlar el contagio, pero no hay una propuesta política de Salud de que señale la forma de intervención en la comunidad.

Al margen de si hay focos infecciosos o no, es necesario hacer una intervención en toda la comunidad porque si es una infección ya comunitaria, entonces ahí es donde hay que atacar. Es por ello que se plantea la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención que se considera prioritario en este momento, además de los procesos de vacunación e implementación de plantas de oxígeno.

Dentro de las debilidades es la compra de equipos médicos, por ejemplo, cuando se hacen los requerimientos, el Gobierno, en el ánimo de hacer una especie de ahorro a compras a menor costo, hacen compras corporativas a nivel nacional. Sin embargo, sucede que llegan los meses de julio, agosto y septiembre muchas veces por alguna razón los contratos no se cumplen. Las empresas no cumplen con los insumos con los que han contratado, entonces se les cae el

proceso. Ese presupuesto es devuelto a las regiones, y en estas ya se presentan dificultades porque hay que hacer procesos que duran cuatro meses y si empiezan en septiembre ya no alcanza tiempo; es entonces que ese dinero tiene que devolverse al tesoro público.

Otra debilidad identificada es que se dan partidas definidas establecidas con la ley de presupuesto. Se ha comentado que existe la necesidad de flexibilizar un poco. Entonces ahí se requiere un marco normativo que les permita a las unidades ejecutoras, a los Gobiernos Regionales a poder utilizar de acuerdo con sus necesidades sociales, flexibilizar un poco las normas para que les permitan utilizar en las prioridades que tienen los Gobiernos Regionales en el tema de salud.

La Gerencia Regional de Salud, como la máxima organización de Salud de la región, tiene la fortaleza de poder implementar o tener un rol rector en la Gerencia. Sin embargo, esta no se encuentra implementada adecuadamente por la falta de recursos humanos. No se cuenta con personal suficiente para poder ello, pero sí hay un marco normativo para que puedan tener margen de acción.

En el tiempo que el entrevistado estuvo a cargo de la gerencia se tuvo 2 enfoques para trabajar en salud. Primero, la parte formal, la que corresponde a las actividades programadas, y la otra estrategia las emergencias, la disponibilidad que había que tener las 24 horas del día, ante cualquier contingencia que se presente de salud.

Sobre la comunicación con la sede central del Ministerio de Salud, antes de la pandemia había una especie de reuniones casi mensuales con esta entidad, convocados por la ministra. Esto permitía una mayor comunicación que nos permitía hacer nuestros enfoques desde un punto de vista regional, a nivel nacional, intercambiar y plantear algunas alternativas propias de cada región que podía ayudarnos. En la pandemia, esto se descuidó un poco, las directivas partían del nivel nacional, algunas medidas no nos parecían a nosotros adecuadas, pero había que implementarlas porque era pues acuerdos del Comité Nacional, o sea, la comunicación un poquito que se distanció, más se dedicó a trabajar ya la parte operativa, ver cómo resolvemos con lo que se tiene a nivel local.

#### c) Dimensión ejecutiva

Bueno, primero la promoción y planificación en la Gerencia Regional de Salud se hace con todas las direcciones ejecutivas que existen, en reuniones sostenidas en el día a día. Este era un trabajo esforzado de todos los días para hacer un informe y evaluación de cómo estaba comportándose la pandemia y a través de los directores también a quienes se convocaba participar y hacer un análisis del curso de la pandemia y después de eso, ellos convocaban,

hacían reuniones igual en sus comandos que tenían en los hospitales a través de sus jefes de departamento, entonces se utilizaba la estructura orgánica de cada institución para poder transmitir las decisiones que se iban tomando. Esto también se informaba a nivel superior al Gobierno Regional, que tenía que estar pues al tanto de todo lo que ocurría y siempre, creo que es una cosa importantísima que no se debe dejar es de la motivación al personal.

Respecto a la coordinación interna, los manuales normativos de gestión, que tiene la Gerencia, las entidades de Salud están prácticamente obsoletas. Estos requieren renovarse, porque datan más de diez, quince años. La pandemia plantea un nuevo desafío en Salud, entonces hay que girar, hay que actualizar el marco normativo, funcional, hay que modernizar todo. Entonces esa es una tarea que se planteó en su momento también, en el Gobierno Regional; la necesidad de actualizar los documentos normativos, inclusive antes de la pandemia. Pero con la pandemia, yo creo que hay que acelerar, trazar el marco normativo para que se pueda perfilar bien las funciones que tienen cada uno, de acuerdo con la formación, la profesión que tenga todo el personal.

Sobre la relación con los sindicatos, se utilizaba una estrategia de reuniones periódicas, inclusive durante la pandemia, programamos reuniones cada quince días. Estas reuniones servían para tratar su agenda y trazábamos algunas estrategias para poder cumplir eso. Siempre ha habido una predisposición al diálogo, sabemos que los trabajadores en general, profesionales y no profesionales tienen una serie de demandas insatisfechas durante muchos años y las cosas que podíamos resolver como Gerencia, las tratábamos para poder resolverlas.

Hay dos espacios importantes dentro de la gestión de la DIRESA, una es el soporte operativo-asistencial, que debe existir, y el administrativo. Si no tenemos un soporte administrativo adecuado, no vamos a poder ejecutarlo, por eso es por lo que nosotros consideramos que la salud es un todo, no podemos hablar del personal asistencial y personal administrativo como se pretende a veces dividirlos y darles laborales diferentes. Unos están en Servir, otros en la 276 o nombrados, etc.

Siempre apostamos a que debe ser un todo porque la única forma de trabajar articuladamente, tener el sistema de que todos estén pues, en la misma ruta. Entonces ese era nuestra forma de trabajar, creo que hay que fortalecer bien las áreas que tiene que ver con el manejo presupuestal adecuadamente, la ambientación, la planificación, como planes y lo asistencial. Los directores ejecutivos de los hospitales o de las Redes, tienen ser parte del equipo de la gestión de la Gerencia Regional de Salud, no sólo convocarlos cuando haya problemas en el Hospital, sino tener una especie de rol, reuniones programadas para hacer los análisis de los diferentes problemas que puedan existir y juntos plantear soluciones. No se puede dejar al

Hospital Goyeneche, por ejemplo, a su suerte, porque ya hay un director, por más de que tenga un poco de autonomía en la ejecución presupuestal, pero siempre tiene que ser parte del equipo de gestión, es la única forma de fortalecer la Gerencia Regional de Salud en su rol de rectoría que tiene la región.

d) Dimensión de liderazgo

Es necesario hacer un plan de gestión, que considere las opiniones del equipo y pueda canalizar sus quejas. El actual plan de gestión tiene que a revisarse porque en Salud, las cosas son dinámicas, van cambiando en el día a día. Entonces si bien es cierto, hay que tener un patrón, siempre tiene que dejarse una “ventanita abierta” para incorporar nuevas cosas que hay que hacerlas. En salud, trabajamos así, si bien es cierto, tenemos un marco normativo para todo, pero hay que tener, una “ventanita abierta”, para poder introducir nuevos instrumentos, nuevos protocolos, ese es nuestro diario quehacer.

Sobre la motivación del personal, se trató de promover una motivación emocional. Se ha tenido una reunión con el personal al margen de las deficiencias o demandas insatisfechas que haya. Esto pues en el sentido de que la vida y la salud de una persona es lo más importante que hay y el rol que tenemos nosotros por trabajar en Salud, nos obliga a cumplir con eso. Sin considerar las cosas que nosotros podamos tener como requerimientos profesionales o no profesionales, sino cuál es el rol fundamental que tenemos frente a la sociedad trabajando en Salud y eso involucra también hacerles entender a todos los que trabajamos en Salud, que una persona acude a un Centro porque tiene una necesidad de atenderse de algo, no nos visitan porque quieren vernos la cara, como digo siempre yo, sino porque necesitan de algo, entonces tienen que tener una atención con calidez.

Respecto al seguimiento que hay que hacer, hay indicadores. Indudablemente los indicadores que se plantean muchas veces son inviables. Por ejemplo, en algunas especialidades nos dan treinta, cuarenta indicadores, que no se pueden cumplir todos; entonces se trabaja la posibilidad de ir implementándolos progresivamente y cuáles son los más importantes. Se hace una relación de todos los indicadores.

### **3.1.2.3. Gerencia Regional de Salud de Madre de Dios**

a) Datos generales

- Nombre del Entrevistado: Ricardo Tello.
- Cargo: Director Regional de Salud de Madre de Dios.
- Entrevistador(a): Alejandra Aramayo.

- Objetivo: Conocer el estado de las funciones directivas en la institución.

#### b) Dimensión estratégica

Al asumir la gestión, el director menciona que encontró una situación de abandono de los establecimientos de salud en cuanto a infraestructura, equipamiento y recursos humanos. Se explica que en Madre de Dios se cuenta con 92 establecimientos de salud, incluyendo el Hospital Regional que habían bajado de categoría.

Se tuvo el diagnóstico de 75% de establecimientos en salud con una infraestructura muy venida a menos; se observó por ejemplo instalaciones de madera, con techos de calamina, con mucho tiempo de antigüedad que se han dañado a través de los años. También se observó un déficit de equipamiento médico y muchos de ellos contaban con escasos recursos humanos.

Es entonces que se estableció como primera estrategia el fortalecimiento del primer nivel de atención. Este procedimiento pasó por contratar mayores recursos humanos, equiparlos y mejorar la infraestructura a mediano plazo. A la fecha de la presente entrevista, ya se diseñaron 14 establecimientos estratégicos priorizados, de los cuales 6 ya cuentan con expedientes técnicos. A largo plazo, se quiere contar con 92 establecimientos de salud con infraestructura moderna, debidamente equipados, con recursos humanos capacitados y contar con un laboratorio referencial en la región que pueda poder leer muestras de todas la enfermedades transmisibles y no transmisibles que tenemos en la región, todas aquellas llamadas “prevalentes” como es el dengue, chikunguya, zika, entre otros.

Estos objetivos fueron trazados por el gobernador regional, quien ya tenía una hoja de ruta cuando postuló al cargo. Él encarga al director regional de la ejecución de estos planes. Después de conversar con el equipo de gestión, se pasó a la priorización de actividades a corto, mediano y largo plazo. Lo ejecutado se reporta constantemente al gobernador regional.

Respecto a la relación con la sede central del Ministerio de Salud, en Lima, se explica la existencia de un Comité Intergubernamental de Salud, que genera reuniones que solían ser presenciales en la ciudad de Lima. Con el transcurrir de la pandemia causada por el COVID-19 se ha perdido esa comunicación. Se explica que, para la fecha de realización de la presente entrevista, se están tomando decisiones de manera vertical, sin consultar a las regiones, asumiendo que Lima es igual que todas las demás regiones.

#### c) Dimensión ejecutiva

Cuando el entrevistado asumió la dirección había todo un equipo de personas, conformado por la gestión anterior. Se procedió a realizar una evaluación rápida, y se detectó que casi la mayoría no tenía el perfil adecuado para los cargos dentro de la DIRESA. Se detectó

también que había personal con mucha experiencia en la DIRESA, sin embargo, por temas políticos se habían relegado a un segundo plano.

Es así como se buscó personal para las nuevas direcciones. Se comenzó a evaluar en base a la experiencia, perfil y conocimientos que tenían sobre la materia y sobre las direcciones que iban a asumir. El entrevistador menciona que el Gobernador no impuso a nadie, lo único que exigió fue resultados.

Para el reclutamiento se trata de buscar personas con trayectoria en la misma DIRESA, ellos ya conocen la dinámica y han ocupado cargos. Siempre se pregunta al personal sobre sus recomendaciones de profesionales para asumir algún cargo y ellos orientan.

Se tienen reuniones todos los lunes con los directores y se evalúa el avance de la semana, qué dificultades han tenido, y se plantean las tareas para la otra semana. El ROF sigue siendo el instrumento de gestión que regula, pero paralelo a eso, se busca dar un sello particular de la gestión. Se trata de innovar, presentar nuevas cosas, y seguir cumpliendo con el ROF.

#### d) Dimensión de liderazgo

El director trata de mantener una relación horizontal con el personal de la DIRESA, se busca conversar mucho, y tomar decisiones consensuadas con ellos. Se declara que muchas veces en las reuniones han surgido posturas contrarias, y después de un debate el director ha dado marcha atrás en sus decisiones.

Dentro de las formas de motivar al personal se han organizado desayunos de trabajo. Adicional a esto, se busca que el personal conozca al director de la DIRESA, y a los demás funcionarios; esto es parte del trato horizontal mencionado anteriormente. Se busca mantener también los saludos y felicitaciones públicas cuando uno hace las cosas bien. Es complicado implementar nuevos incentivos, sobre todo por el tema del presupuesto y del control, pero hay que tener creatividad.

### **3.1.2.4. Dirección Regional de Salud de Loreto**

#### a) Datos generales

- Nombre del Entrevistado: Hugo Rodríguez.
- Cargo: Ex Director Regional de Salud de Loreto.
- Entrevistador(a): Alejandra Aramayo.
- Objetivo: Conocer el estado de las funciones directivas en la institución.

#### b) Dimensión estratégica

Los propósitos a corto plazo de la Dirección regional de salud estuvieron concentrados en los famosos 100 días, con la finalidad de mostrar resultados a la población. También era importante mostrar resultados para el gobernante de turno, dado que ese era un cargo de confianza y había que desarrollar algunas acciones con resultados pronto, es por ello que, en esta actividad establecimos de inicio los indicadores con los cuales estaríamos trabajando en el mediano y largo plazo. Estos indicadores tenían que ver con algunas líneas de acción que establecimos en la región, centradas en el tema de desnutrición infantil, muerte materna, enfermedades metaxénicas y también en el tema de la anemia en la niñez.

Al mediano plazo se buscó desarrollar el sistema de referencias de los pacientes desde cualquier punto de la región hasta que pueda recibir la atención, que correspondiera a su estado de salud, especialmente, los casos que necesitaban una referencia. En ese tiempo estaba funcionando el SAMU a nivel nacional, es así como se decidió establecer un SAMU urbano-rural. De tal manera que se estableció una línea de conexiones que incluían teléfono, radiofonía, internet, todos los medios en una sala que funcionaba las 24 horas y que era capaz de conectarse con cada uno de los puntos que tuvieran algún tipo de comunicación en toda la región y esto incluyó una red de hidroambulancias. Se llegaron a adquirir en toda la región alrededor de 100 a 120 medios de transporte acuáticos y ambulancias urbanas. Estos propósitos fueron realizados por el equipo de la Dirección Regional de Salud, y validados frente al gobernador regional.

El monitoreo era un principio de la gestión, y esta labor consistía en revisar los indicadores, pero también había un mandato específico: el de identificar las causas de los problemas y los nudos críticos. No era un monitoreo en donde solo se identifica la situación y se traía una serie de hallazgos. Tenía que ver lógicamente con recursos que a veces no eran atendidos, pero desde ese punto ellos hacían la llamada para solucionar el problema costado.

#### c) Dimensión ejecutiva

La región Loreto ha ido formando cuadros en el curso de muchos años. Generalmente, porque existe una universidad en la cual existe una facultad de Medicina que viene formando médicos desde el año 1992, y de aquí se han ido decantando médicos clínicos, la gran mayoría y un grupo de profesionales que se han dedicado a la salud pública. Este grupo ha ido haciendo carrera, ha ido completando su formación y es este grupo de donde han salido los principales profesionales de la salud de la región.

Al llegar a la Dirección Regional no existía un perfil de profesionales para los puestos de dirección, además el ROF es bastante escueto. En el periodo de gestión se buscó seleccionar a aquellos que habían tenido una experiencia en la administración pública y que habían

demostrado algunos resultados, pero también el tema de personas que había sido reconocido por su honestidad en el manejo de la gestión pública.

En la comunicación interna, se establecieron reuniones con periodicidad de una vez por semana. En estas se hablaban de los recursos presupuestarios y recursos humanos que es lo más complejo en el manejo de una gestión. También se tomaban acuerdos sobre la base de los indicadores de gestión y la asignación de presupuesto.

Estas reuniones fueron de utilidad para enfrentar situaciones complicadas. Por ejemplo, se tuvo el problema de dengue, en el cual llegó a tener 25 mil casos solo en la región y alrededor de 360 hospitalizados. Era primera vez que entraba el serotipo hacia la región y se tomó la decisión de mantener a los 120 inspectores de vivienda con los que se contaba en ese momento. Había decisiones de emergencia, pero teníamos la consigna de tomar estas decisiones en equipo.

Estas reuniones fueron altamente útiles. No por el tiempo, sino porque no se repetían mensaje. Cuando se identificaba un problema, se buscaba discutir cuál es la solución, cuánto cuesta y de dónde obtenemos recursos. También se hablaba sobre la duración de alguna medida y en cuánto tiempo se evaluaría a través de este equipo de monitoreo que se había conformado.

Sobre las funciones del equipo de la Dirección Regional, el nivel normativo, expuesto en el ROF, es importante. Sin embargo, había algunas acciones muy específicas no son cubiertas por la norma. Por ejemplo, en esa época se emprendió una campaña de dar antiparasitarios de manera trimestral a más 300 mil estudiantes de 3 años que van al colegio hasta los 17 años en la secundaria. Entonces, esto se designó a la dirección de medicamentos.

#### d) Dimensión de liderazgo

Al momento de ocupar el cargo, el día empezaba con conversar con el subdirector técnico, quien se encargaba de la recepción del despacho, de revisar y seleccionar aquellos que tuvieran mayor relevancia. De esta manera empezaba la mañana y se determinaba qué documentos tenían que discutirse primero y el fin de semana, pero había algunos de ellos que requerían específicamente una dirección, entonces se conversaba con esa dirección. Posteriormente, lo que se hacía en ese trabajo interno era el trabajo con la prensa y todo en el tema de mantener informada a la población. Ese era un principio que lo manejamos durante dos años. Especialmente, en épocas de crisis como la de dengue.

Se tenían reuniones constantes con Recursos Humanos, y estas buscaban ser lo más transparente para el sindicato. A ellos también se les atendió y se les daba las reuniones que solicitaran. De tal manera que el sindicato en ningún momento tuvo la intención de cambiar a

un director ejecutivo porque requerían una información, siempre se iba a reunión y el Director Ejecutivo exponía la situación problema. Otra área crítica que se visitaba con bastante frecuencia era el SIS. En este tiempo todavía se venía implementando y se desarrolló otra área crítica que esta requería mucha atención y era el tema de medicamento.

La relación con el entorno fue bastante buena, era un entorno de confianza. Primero en el manejo de los recursos, confianza en los encargos, confianza en los compromisos que adquirían y yo diría que cada dirección tenía vida propia. El equipo era capaz de desarrollar por sí mismo sus actividades, de crear propuestas y presentarlas en el momento de las reuniones. También de ahorrar al máximo los recursos y cada uno de ellos tenía liderazgo sobre sus propios recursos humanos. Se logró la desaparición de “pasquines” que habían adquirido popularidad en ese tiempo y se dio mayor responsabilidad a cada director.

### **3.1.2.5. Dirección Regional de Salud de Cajamarca**

#### a) Datos generales

- Nombre del Entrevistado: Pedro Cruzado.
- Cargo: Director Regional de Salud de Cajamarca.
- Entrevistador(a): Alejandra Aramayo.
- Objetivo: Conocer el estado de las funciones directivas en la institución.

#### b) Dimensión estratégica

El propósito explicado por el director es el mismo a corto, mediano y largo plazo. El propósito es cumplir con la función salud en la región Cajamarca y ello implica todo lo que corresponde a garantizar la salud de la población cajamarquina en la parte preventiva promocional, recuperación y rehabilitación. Todo esto con un enfoque de familia y comunidad desde las ideas rectoras de nuestros planes están enmarcados con ese enfoque. No tanto lo que es el plan estratégico.

Se explica que se contaba con un plan concertado regional que ya venció en este año 2021, y por temas de pandemia no se ha podido actualizar. Este es un plan de desarrollo estratégico que debería regir para los siguientes cuatro años y permitir definir las principales líneas estratégicas. Dentro de la misión, visión y objetivos estratégicos de la Dirección Regional de Salud tiene que haber un alineamiento en lo que corresponde la visión de la región. Ahora, hay una principal focalización en el tema de salud materna que sigue siendo una prioridad importante. Es importante mencionar que con esta pandemia se ha duplicado la mortalidad materna, y se sigue viendo la desnutrición crónica infantil y anemia.

Luego, la tercera prioridad en Cajamarca va enmarcada en el tema de salud mental, el tema de violencia familiar y alcoholismo, todo ello es muy crítico en Cajamarca. Luego se tienen otras prioridades menores que se desprenden de los objetivos estratégicos y lógicamente los objetivos generales.

La formulación de estos objetivos y lineamientos se encuentran enmarcados dentro de los lineamientos que da el CEPLAN para la formulación de los planes concertados. Con esos lineamientos y con este documento técnico se define cuál es la metodología y se desarrollan planes concertados con consenso de expertos que y de acuerdo con el diagnóstico que se tiene en la región.

Desde el punto de vista del director, en el país se tiene una grave dificultad respecto a los planes que se formulan, pues estos no van acorde a la parte presupuestal. La asignación presupuestal se hace con un techo y con una asignación histórica, mientras que los planes se desarrollan sobre la base de presupuesto que no concuerda con el asignado en la ley de presupuesto anual, por eso no se acaban cumpliendo varios de los objetivos propuestos por las instituciones públicas.

Respecto a la relación con el Ministerio de Salud, en Lima, este va comunicando las normas que emite, de manera personalizada, tanto a los gerentes como a los coordinadores. Sobre la implementación de las normas que muchos tienen de carácter obligatorio y que generan responsabilidades se discuten en el equipo de gestión para la cual sesionamos. Para ello, se hace una sesión semanal y se discuten las diferentes normas, la implementación y la operativización de la norma. Es así como se reducen las dificultades en cuanto al cumplimiento de la norma, pero una cosa es el cumplimiento y otra cosa es la pertinencia de la norma que muchas de las normas que son emitidas a nivel nacional son de carácter muy genérico para todo el país y no define las particularidades o las realidades regionales. Se tiene la clara postura que una norma no puede ser la misma para el Callao, para Lima, que para una red al interior de una región. En esto último hay algunas dificultades, pero eso se trata de adaptar o adecuar al nivel regional con el equipo de gestión que se tiene en la DIRESA.

El director considera que el ROF, e incluso el CAP, ya no se están utilizando, sino que se debería priorizar el MOP; el Manual de Operaciones. Esto en el país es muy débil. El primer pilar que corresponde a la parte planificación del Estado, lo de CEPLAN, los planes concertados, con enfoque territorial. El segundo es presupuesto por resultados y el tercer pilar es lo que corresponde a gestión por procesos. Se explica que la gestión por procesos es lo que debe definir en la gestión una nueva forma de organizarnos y de tener una estructura orgánica horizontal que nos permita tener la posibilidad de instrumentos que puedan servir para mejorar

el desempeño institucional. Se debe hacer énfasis en mejorar los procesos, en cambio con el ROF y el MOP no se puede mejorar nada porque ya están enmarcadas cuáles son las funciones y las funciones ya no se pueden mejorar más. En cambio, los procesos sí, a través de lo que es la lógica del mejoramiento continuo y la consecuencia de esta gestión por procesos es dentro del cambio de la organización y de los instrumentos del Manual de Operaciones que hay que hacer un mapeo de operaciones, definir cuáles son los tres grandes grupos de procesos: procesos estratégicos, misionales y los de apoyo.

c) Dimensión ejecutiva

Respecto al equipo directivo, se cuenta con cuatro gerentes públicos con su respectivo grado de SERVIR. Para la parte de planeamiento y presupuesto se cuenta con directivos bajo la modalidad de cargos de confianza, y es elegido de acuerdo con un perfil. Un problema actual es que los perfiles de los directivos se encuentran desactualizados. Frente a eso, se trata de definir que el perfil de los directivos sea acorde al desempeño que debe tener, de acuerdo con SERVIR.

El director regional explica que una de las principales dificultades que se tiene en la gestión pública es el que no se pueda contar con profesionales idóneos en el cargo de Directivos y funcionarios, muchas veces es por el nivel remunerativo. El nivel remunerativo con el que se cuenta en el Gobierno Regional de Cajamarca, de un funcionario es menor que de cualquier servidor público. Un ejemplo es que el conductor que está asignado al director gana más que el asesor legal. Se explica que se está gestionando lo que es confianza con una falta del Gobierno Regional, pero que no tengamos el nivel remunerativo que permita contar con profesionales de una calificación necesaria es un gran problema. Es por esto por lo que, se ha recurrido a SERVIR, y a la fecha se cuenta con cuatro gerentes. Se espera conseguir el presupuesto para contar con uno más.

El gerente público está garantizado por tres años, que es lo que dura el convenio con SERVIR. Este puede renovarse tres años más de acuerdo con el Gobierno Regional que pueda estar de acuerdo. En cuanto a la retención de talento, en realidad en Cajamarca se cuenta con pocas posibilidades por el aspecto remunerativo, si no es gerente público. Entonces, normalmente no se puede seleccionar un directivo que pueda tener el nivel que corresponde en el aspecto remunerativo, por ejemplo, el sueldo del asesor legal es S/. 3700 soles. Es muy difícil poder tener un profesional calificado en este puesto. Entonces, no se puede decir que se va a retener a talentos, sino se tiene que buscar talento por otra forma, como SERVIR.

La gran dificultad para la ejecución de las metas es la asignación presupuestal, y la poca capacidad que se tiene en el aspecto de apoyo para la ejecución. El gran reto es que todo esto vaya enmarcado al cumplimiento de las principales actividades. Luego, otro de los principales problemas en la parte presupuestal es la parte de recursos humanos. Se tiene grandes dificultades no solamente en la competencia de personal y más allá de las competencias técnicas es el problema de las habilidades blandas y el personal nombrado o el personal que contamos en la DIRESA es bastante crítica.

El otro tema es que actualmente el Estado ha cerrado todas las posibilidades de contrato. No se puede presentar por CAS, si no lo emite un Decreto de Urgencia el MINSA y esto no lo emiten de manera inmediata para las regiones; a pesar de tener el presupuesto no se puede contratar terceros asistenciales porque eso está prohibido por ley. No se puede convocar las plazas vacantes del 276 porque no lo aprueba el MEF, porque eso implica que se tiene que hacer el nombramiento. Entonces, todo esto implica una serie de complicaciones para poder cumplir con las funciones en la parte estratégica.

#### d) Dimensión de liderazgo

En la DIRESA de Cajamarca se trata de motivar al personal no solamente con el trato, sino con algunas consideraciones especiales de conocimiento, de consideración. Esto con la intención de ir generando compromisos. Sin embargo, en el sector público no se puede ir más allá de lo que la norma lo permite, como tener un tipo de compensación como sí ocurre en la parte privada. Es totalmente diferente, si uno ha tenido la suerte de trabajar en el sector privado, se da cuenta que las motivaciones son diferentes y mucho mejores.

Respecto al clima laboral y la cultura organizacional en Cajamarca, depende mucho de no evaluar al personal. Cuando uno quiere tratar de que se cumpla con las funciones o con el trabajo que les corresponde hay siempre una gran resistencia y eso genera de alguna manera un clima no muy positivo. Sin embargo, se ve al personal que actúa con honestidad, con justicia y con buena intención; el personal se va dando cuenta y va teniendo algunas actitudes positivas. Se reconoce que falta trabajar bastante el tema del clima laboral, pero eso tiene que ir enmarcado dentro de una política de gestión de recursos humanos que en el país no ha funcionado y nunca se ha implementado. Está solamente en la parte declarativa, pero más allá de tener una política de reconocimiento al desempeño, el poder tener una política de desarrollo a los recursos humanos es bastante débil.

El personal de salud tiene el conocimiento, las habilidades, pero no las quiere hacer y en función de ello hay que fortalecer la parte de habilidades blandas y el cumplimiento de algunos

valores, la responsabilidad, la honestidad. Todo ello fortalece la institución. Ahí se ha hablado con algunas universidades en función de los convenios para fortalecer competencias del personal de salud que también se está desarrollando. Este año se planea impulsar esto aún más con las universidades, pero esto se tiene que trabajar a un mediano y largo plazo, es bastante complicado hacer un cambio en el comportamiento de las personas es complicado.

### **3.1.2.6. Dirección Regional de Salud de Pasco**

#### a) Datos generales

- Nombre del Entrevistado: Paul Mayorca.
- Cargo: Director Regional de Salud de Pasco.
- Entrevistador(a): Alejandra Aramayo.
- Objetivo: Conocer el estado de las funciones directivas en la institución.

#### b) Dimensión estratégica

En la actualidad se están priorizando los objetivos a corto plazo. Mediano plazo y largo plazo, sin embargo, el tema de la pandemia está consumiendo más de la cuenta, y por eso se está dejando de lado las otras estrategias. Hoy, ya se cuenta con estrategias e indicadores que vienen año tras año. Estos indicadores son revisados de forma mensual, y son trabajados con el Gobierno Regional.

Para realizar el monitoreo del cumplimiento de indicadores, y mapear los aspectos por mejorar se realizan reuniones todos los jueves. Se cuenta también con una coordinadora de enlace que es la doctora Luz Rivera. Ella es el enlace con el Ministerio de Salud y con ella se coordina algunas sugerencias o indicaciones. De todas formas, la queja que persiste en la región, como directores, es que Lima no es el Perú, entonces sacan todo, directivas en base a Lima. No se tienen en cuenta las dificultades territoriales. Por ejemplo, en Pasco se cuenta con zonas rurales y de selva, muchas veces el tiempo de transporte del personal también debe considerarse dentro de las horas laboradas.

#### c) Dimensión ejecutiva

Respecto a la conformación del equipo, se busca que se produzca mediante procesos meritocráticos. Sin embargo, también existen personas nombradas de anteriores gestiones, a quienes no se puede retirar de su cargo. Se explica, por ejemplo, que se cuenta con personal docente al interior de la DIRESA.

Todas las decisiones son tomadas en consenso con el equipo y se comunican en reuniones semanales. Sin embargo, en estas reuniones no necesariamente está presente el director. Muchas

veces puede estar el director adjunto. En estas reuniones se pregunta los problemas que se tienen en cada oficina. Asimismo, se expresa la necesidad de actualizar los instrumentos de gestión como el ROF y el MOF.

d) Dimensión de liderazgo

Respecto a la motivación del equipo, se resalta que no se pueden aplicar muchas estrategias. En estos momentos, por motivos de la pandemia, se ha buscado organizar al equipo para trabajar de forma mixta, con miras a no tener a todo el personal en una oficina cerrada al mismo tiempo. Se prevé tener algún sistema de incentivos, pero teniendo en cuenta criterios meritocráticos. Por ejemplo, dependiendo de las maestrías o de los diplomados, que pueda haber. El director considera que el principal incentivo económico es la remuneración que ya reciben los servidores del equipo.

### 3.1.2.7. Gerencia Regional de Salud de La Libertad

a) Datos generales

- Nombre del Entrevistado: Kertsyn Morote.
- Cargo: Gerente Regional de Salud de La Libertad.
- Entrevistador(a): Alejandra Aramayo.
- Objetivo: Conocer el estado de las funciones directivas en la institución.

b) Dimensión estratégica

Hacia el corto plazo la Gerencia se encuentra en una época de pandemia, en la cual se quiere, sobre todo, disminuir el tema de mortalidad, de letalidad, de contagios en la región. Esta ha sido una enfermedad que ha asolado, realmente, toda la zona, todo el país y a todo el mundo; entonces, nuestros objetivos ahora a corto plazo es inmediatamente tener un plan reforzado ante una tercera ola. A pesar del descenso de casos y del cierre de la segunda ola de la pandemia de COVID-19, no se puede dejar de lado todas las prioridades sanitarias a nivel regional y a nivel nacional; estas vendrían a ser las que se van a desarrollar a mediano plazo.

A mediano plazo se tiene que disminuir la mortalidad materna, disminuir el tema de la anemia infantil (que es una preocupación bastante grande), el tema de las enfermedades no transmisibles (como tuberculosis), también el tema de un reforzamiento en el primer nivel de atención y sobre todo en la atención primaria en salud, que es mal entendida como el enfoque que solo se presta en un primer nivel de atención. Este es, más bien, una estrategia sanitaria con oportunidad, con calidad, con seguridad.

A largo plazo, se quiere que todos los indicadores planteados como prioritarios, tengan un avance en porcentaje de disminución, ya sea la eliminación de la anemia a nivel de la región que sí sabemos que es un planteamiento bastante aventurero porque eso lleva bastante tiempo, pero por eso decimos que es un objetivo a largo plazo. El tema del fortalecimiento del primer nivel de atención va relacionado también con la disminución de muerte materna porque mientras se refuerza la atención a nivel regional. Sobre las enfermedades no transmisibles, se ha presentado proyectos desde el 2014 relacionado a Medicina Familiar que es una especialidad integral que no se ha desarrollado mucho en el país, a pesar de que mucho se habla de la atención primaria de salud. La especialidad detectora de la atención primaria de salud es la Medicina Familiar por el mismo enfoque que maneja que es algo de integralidad y que en los mejores países, con los mejores sistemas de salud como Canadá, Suiza, Inglaterra, están a base de médicos familiares que vemos el tema preventivo.

La gerente explica que se debe entender que existen prioridades que son nacionales y que son entendidas como prioridades regionales también, pero también tenemos el enfoque global, universal, que viene de la Organización Mundial de la Salud, que año a año dicta, algunas pautas para poner en claro, qué países deberían enfatizar algunas acciones referidas a algunas prioridades. En ese sentido, estas prioridades nacionales se vienen ya dando hace más de 10 años. “Salud” no puede trabajar solo, “salud” no solo es un concepto del tema de enfermedad e individuo, “salud” es un tema más integral.

Cuando se habla de cómo se construyen los objetivos, se explica que este es un trabajo en equipo, no solo es la Gerente la que indica cuáles son sus prioridades, sino es una evaluación de todo un equipo de gestión en lo cual cada área indica cuáles es la problemática. Ejemplo: En la Gerencia Regional de Salud se tiene tres Subgerencias muy importantes que son la Subgerencia de Gestión Territorial que es la que articula con los actores locales, con los profesionales, empresas privadas; entonces, por ahí se ha logrado hacer muchos consensos y mucho trabajo territorial en la comunidad que es donde hacemos que participe el agente comunitario, el alcalde, la policía, ejército, la organización civil organizada.

Ahora, en el tema de la Subgerencia de Cuidado Integral, ya va más referido al cuidado individual, al cuidado materno, al cuidado del niño, enfermedades metaxénicas, salud ocular, salud mental, entonces, ya son estrategias dirigidas a determinadas patologías o la prevención de la ocurrencia de algún daño, ¿no? ya sea en la etapa niño o ya sea en la etapa adulta. Y la otra Subgerencia es la de Regulación Sectorial que es aquella que marca las pautas de cómo se brindan los servicios de calidad y seguridad, que los establecimientos tanto públicos y privados

cumplan con el tema de bioseguridad, que cumplan con el tema de medicamento, que no haya medicamentos vencidos, que se ajusten a la norma.

Estas tres Subgerencias trabajan de la mano con todo lo relacionado con lo que es la prestación y los objetivos de la Gerencia. Entonces, cuando se asume la gestión, a corto plazo se tenía que atender el tema del COVID, entonces, lo primero que se hizo fue un plan de ataque de fortalecimiento en lucha contra el COVID. En la gerencia se tiene una reunión semanal los miércoles a las ocho de la mañana, donde cada área expone el trabajo realizado y lo que se debe realizar y también la problemática. Además, se cuenta con oficinas que dependen directamente de Gerencia como con Epidemiología que, en estas épocas, ha tenido bastante realce, por el tema del COVID, también con el tema del dengue que es usual tener focos infecciosos o, bueno, áreas de mapa de calor que aumenta en determinados momentos, sobre todo en el verano.

La gerencia opina que la descentralización es buena, pero también se reconoce que se ha visto que cuando existe una normativa que viene desde el ente rector que es el Ministerio de Salud. Hay un mayor respeto y se adecúan más estas normas que cuando lo dicta la misma autoridad sanitaria regional por un tema simple, de que cuando es regional, piensan que no tiene el mismo valor o la misma verificación de que se puede ejecutar estos planes a nivel de la región.

#### c) Dimensión ejecutiva

Se explica que existe una limitación bastante fuerte en el tema de reclutamiento. Antiguamente, con la capacidad que se tenía de autorizar los contratos CAS, era más fácil porque uno podía tener las especificaciones, los términos de referencia de lo que uno quería. Actualmente, con la norma actual, se han cerrado las puertas para el contrato de profesionales, entonces, por eso ahora solo se habla de optimización de recursos: buscar talentos que ya se hayan capacitado en algún área y ponerlos donde se necesitan.

Tal como se explicó se desarrollan reuniones semanales, siempre se trata de ser participativo, cuando hay un espacio en el que pueden concertarse las decisiones, pero también hay situaciones en las cuales se tiene que tomar una decisión gerencial. En estas reuniones se tiene la participación del equipo de gestión, una coordinadora del equipo de gestión, que es una persona que puede ser cualquier trabajador de la Gerencia Regional de Salud que hace el acta de cada reunión, participan las tres subgerencias y las oficinas dependientes, es decir, Epidemiología, la Oficina de Docencia e Investigación, Administración, Planificación, Estadística y las tres subgerencias.

Se explica que los instrumentos de gestión existentes, como el ROF son útiles, pero requieren actualizarse. Se explica que la gerente tiene que seguir un trabajo muy por dentro de la norma y supervisado por la asesoría jurídica. Todos los días se tiene un despacho que realizar, en donde se separan los documentos urgentes y el despacho general que son todos los temas de estrategias o de planes o respuestas que se puedan dar a alguna institución que nos ha requerido una información. Los documentos de despacho se tienen que hacer de forma rutinaria todos los días, y toma su tiempo. En cuanto a indicaciones, si hay cosas que hacer que son importantes, urgentes o que salió en el momento, se actúa de forma directa: llamar la coordinadora de inmunizaciones, previa conversación con su gente inmediata y se da la indicación, para no hacerlo tan burocrático con el tema documentario, sino más ejecutivo, más operativo, sobre todo en el campo

#### d) Dimensión de liderazgo

Sobre la motivación del equipo, se explica que la única estrategia para retener al equipo es que ellos amen lo que hacen. Si ellos hacen con pasión lo que les gusta y se les reconoce también los logros que obtienen, es una motivación. Esto representa una estrategia bastante fuerte para un director, gerente porque todo personal de salud quiere ser reconocido en su labor y si lo haces, entonces, ellos se empeñan en seguir siendo reconocidos, pero si solo hay críticas o nunca se reconoce la labor que hacen, eso va a ir en desmedro de la gestión de uno.

Es importante reconocer que los éxitos de una gestión de un gerente no son de uno, es de todo un trabajo en equipo. Entonces, la primera motivación o reconocimiento que hago es que en cualquier entrevista donde felicitan por algún logro, se busca hacer extensivo al personal, se hace que ellos se sientan parte o prioritariamente ellos son el corazón de la gestión, tanto en el tema de COVID o en el tema de vacunación. Hay casos en los que el personal se desvela porque, ahora con la virtualidad, tenemos reuniones siete de la noche, diez de la noche, sábados, domingos y esas son horas en que tenemos que estar con nuestra familia o descansando, pero ahí están. Entonces, es necesario reconocerlos con una resolución de felicitación.

Económicamente no se puede hacer nada que permita brindar algún bono o algo, pero sí se busca tener detalles. La gerente cuenta que en algún momento compensó a un equipo con un desayuno de confraternidad.

Es importante también mimetizarse y compartir con el equipo. La gerente reconoce la ventaja poder llegar a su personal y también de poder llamarles la atención cuando dentro del proceso se da algo mal. También se ha trabajado en la regulación de los salarios, y en la

formalización del personal en planilla; a pesar de que este no es un proceso simple y sigue contando con varias dificultades.

### **3.1.3. Gerencia Regional de Salud de Arequipa**

Zulema Thomas Gonzáles: Exministra de Salud en el año 2019. Es médica anestesióloga cardiovascular de profesión por la Universidad Nacional Federico Villarreal, Directora del Instituto Nacional de Salud del Niño (INSN) de San Borja. Con 28 años de experiencia profesional, es magister en Administración de Salud y Gerencia Hospitalaria, magíster en Educación y mención en Investigación y Docencia por la Universidad Federico Villarreal, y Doctorado en Medicina por la Universidad Federico Villarreal, gerente pública de Servir y cuenta con estudios de gerencia en Administración Pública en ESAN y la Contraloría General de la República. Docente la Universidad Federico Villarreal- Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma.

María del Carmen Calle: Médica pediatra y salubrista, egresada de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, UPCH. Magíster en Gobierno y Gerencia en Salud, con Doctorado en Salud Pública, tiene experiencia en cargos operativos, tácticos y directivos a nivel nacional e internacional, con estudios de post grado en la UPCH, en el Centro de Altos Estudios Nacionales de Perú, en la Universidad de Harvard, EE. UU.; en la Pontificia Universidad Católica de Chile, entre otros.

Actualmente Secretaria Ejecutiva del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue ORAS-CONHU, trabajando coordinadamente con los Ministerios de Salud de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela para lograr el ejercicio pleno del derecho a la salud de sus poblaciones.

Ha sido Viceministra de Salud Pública del Ministerio de Salud del Perú (2018), Directora General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA (2016-2017), Asesora Regional de Salud del Adolescente en la Organización Panamericana de la Salud, Washington (2015), Responsable Nacional de los Programas de Atención Integral de Salud de Adolescentes y Jóvenes del Ministerio de Salud del Perú (2011-2014) y Coordinadora del Programa de Salud Escolar (2014). Asesora en CENAN (Instituto Nacional de Salud), Despacho Presidencial (Perú) y Promoción de la Salud (MINSA Perú) entre 2005 y 2011.

Miembro con cargos directivos a nivel nacional en la Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud SPAJ, (presidenta), entre muchos otros, además ha recibido reconocimientos en el ámbito académico, laboral y científico a nivel nacional e internacional por parte de la

Organización Panamericana de la Salud (2016); Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud (2016); Consejo Regional XVIII Colegio Médico del Perú (2018) entre otros.

Leonardo Otto Chirinos Ramos: Exgerente regional de Salud hasta junio del 2019. El primero en la gestión del gobernador Elmer Cáceres Llica, es especialista en Patología. Tuvo el cargo de director del hospital Goyeneche desde octubre del 2017 a diciembre del 2018. Fue Subgerente regional de Salud en el 2014 y también se desempeñó como Jefe del Departamento de Laboratorio Clínico del Hospital Goyeneche durante más de 20 años, En el ámbito sindical, Chirinos Ramos fue presidente de la Federación Médica Peruana en la región Arequipa. Además de desempeñarse como presidente y vicepresidente de la Asociación de Médicos del Ministerio de Salud (MINSa) en Arequipa.

José Recoba Martínez: Médico pediatra egresado de la Universidad San Martín de Porres con residencia en el Instituto Nacional del Niño de Breña, en la especialidad de Pediatría, director de pediatría LAMAR, Conductor y Comunicador en temas de salud

Preside el Instituto de Investigación Nutricional, Fue parte del equipo técnico de Fuerza Popular en las Elecciones Presidenciales 2021, actualmente es Gerente General de Empresas vinculadas al Sector Salud: Corporación Pediátrica SAC y JR Vacunaciones SAC.

- Moderador(a): Alejandra Aramayo.
- Objetivo: Conocer la situación de las DIRESA, a nivel nacional.

#### **3.1.4. Sobre el proceso de descentralización en salud**

Cuando se diseñó el modelo de descentralización, se pensó que con justicia y equidad cada gobierno regional pudiera poder realizar un programa de salud debidamente planificado y, por ende, se pudiera hacer buen uso de recursos logísticos y presupuesto. Pero, sabemos que, durante el tiempo que se viene implementando el proceso de descentralización en salud, no ha habido resultados realmente vayan acorde con la morbilidad, la mortalidad y otros indicadores en salud. Los centros de salud y hospitales no están debidamente equipados, no cuentan con recurso humano y que, muchas veces, siguen dependiendo de la rectoría normativa, administrativa del Ministerio de Salud, pero, desde el punto de vista funcional, administrativo o de origen presupuestal, es a través del GORE no se ha respondido sanitariamente con estándares de eficiencia y eficacia durante las pandemias que ha padecido el país.

Lo que ha faltado en el proceso son líderes que administren, gestores en salud en cada región. Si nosotros tuviéramos gestores en salud, podríamos desarrollar una adecuada descentralización, pero, en este momento, ya tenemos los resultados: infraestructura, equipamiento, recursos humanos realmente con presupuestos que se han devuelto al tesoro

público, pero, sobre todo, la mala programación y el mal uso. No hay medicamentos, no hay infraestructura de programación priorizada, centros quirúrgicos, consultorios o los centros de salud que, olvidados totalmente, porque los centros de salud dependen de una DIRESA o de una GERESA. Si se tuviera gestores en todos los niveles, presupuestal, recursos humanos, administrativo y, por ende, dirección, la situación sería totalmente distinta.

Otro problema es que no se ha descentralizado el presupuesto. Si bien es cierto que hace años se hizo el traslado de las competencias administrativas a los gobiernos regionales, siguen siendo dependientes del nivel central, no hay una descentralización. El dinero viene direccionado. Entonces, para hacer algunas modificaciones presupuestales, hay que estar acudiendo al mismo Ministerio de Economía y Finanzas a través del gobierno regional, en fin, algunas cosas que entran un poco la gestión. Para conducir salud, tiene que haber gente calificada, que conozca las zonas, el área donde se va a desempeñar y siempre planteamos nosotros también a nuestros estudiantes, las tareas que debe tener un profesional para ocupar un cargo de gestión o de dirección, la capacidad basada en el conocimiento y la experiencia, el liderazgo como muy bien se ha planteado y se ha comentado, y también valores, y dentro de los valores, el principal es la ética.

### **3.2. Diagnóstico de la gestión pública regional**

#### **3.2.1. Dirección Regional de Salud de Puno**

De acuerdo con el Censo 2017 (INEI, 2018a, p. 25), el departamento de Puno tiene 13 provincias, 110 distritos y 9,372 centros poblados, con una población de 1 millón 172 mil 697 habitantes, encontrándose el 53.8% en el área urbana y el 46.2% en el área rural. El 42,86% de la población de 5 y más años, manifestó que el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez es el quechua, seguido del 28.04% de la población que declaró haber aprendido castellano y el 27.04% aymara. En auto identificación étnica el 54.2% de la población se reconoce como mestizo, mientras que el 31.3% se identifica como quechua.

##### **3.2.1.1. Principales indicadores de salud**

Mostraremos algunos de los principales indicadores para describir como se encuentra el Sistema de Salud en la región (INEI, s. f.).

- Esperanza de vida al nacer es de 73.9 años.
- 18% es tasa de mortalidad infantil (Para los 5 años anteriores a la ENDES).
- 12.6% de niños menores a 5 años tienen desnutrición crónica según el Patrón de Referencia OMS.

- 69.6% de la población cuenta con algún seguro de salud.
- 69.6% de los niños y niñas de 6 a 35 meses están con anemia.
- 13.1 % de la población presenta alguna dificultad o limitación permanente física o mental.
- 34.4% – 39.4% de la población está en situación de Pobreza Monetaria.
- 5.8% - 7.9% de la población está en situación de Pobreza Extrema Monetaria.
- 8,649 registros de defunciones inscritas vía ordinaria.

### 3.2.1.2. Infraestructura

La Dirección Regional de Salud de Puno cuenta con un total de 11 Hospitales, ningún Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 95 Centros de Salud, 353 Puestos de Salud y 11 redes como se muestra en la siguiente tabla.

**Tabla 2. Establecimientos de salud Puno – 2017**



Establecimientos de Salud de Puno	Categoría de Establecimiento de Salud										TOTAL
	DIRESA	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	RED	SIN CAT.	
Centros de Salud			65	30							95
Hospital						9	2				11
Puestos de salud o postas	221	128								4	353
Instituto de salud especializados											0
Patología clínica (laboratorio)										1	1
Otros	1										0
Diresa											1
Red									11		11
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1</b>	<b>221</b>	<b>128</b>	<b>65</b>	<b>30</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>11</b>	<b>5</b>	<b>472</b>

Nota: La tabla es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MINSa (2019a)

Elaboración propia

Los hospitales son:

- Hospital Manuel Núñez Butrón.
- Hospital Carlos Cornejo R. (Azángaro).
- Hospital San Martín de P. (Macusani).

- d) Hospital Juli.
- e) Hospital Ilave.
- f) Hospital Lucio Aldazabal Pauca.
- g) Hospital Antonio Barrionuevo (Lampa).
- h) Hospital San Juan de Dios (Ayaviri).
- i) Hospital Regional Juliaca Carlos Monge Medrano.
- j) Hospital Sandia.
- k) Hospital Yunguyo.

Redes de Salud:

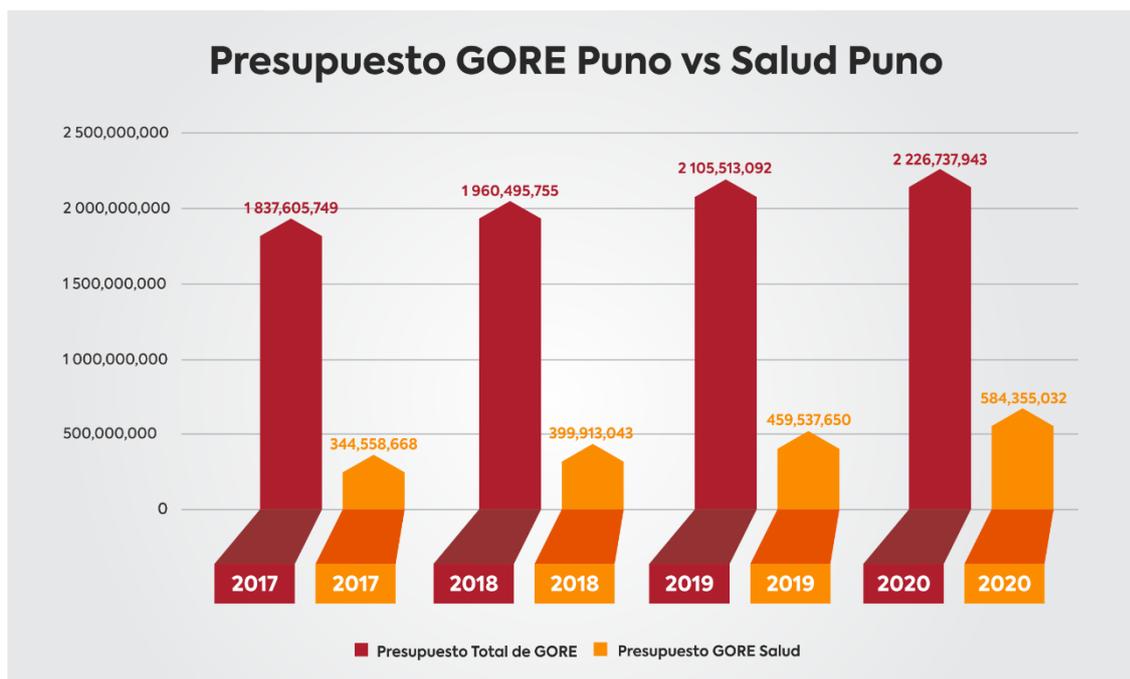
- a) Red de Salud Puno.
- b) Red de Salud Carabaya.
- c) Red de Salud Yunguyo.
- d) Red de Salud Sandia.
- e) Red de Salud Lampa.
- f) Red de Salud Huancané.
- g) Red de Salud Chucuito.
- h) Red de Salud San Román.
- i) Red de Salud Melgar.
- j) Red de Salud Collao.
- k) Red de Salud Azángaro.



**3.2.1.3. Presupuesto**

Gobierno Regional del Departamento de Puno - GORE Puno, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020 destinó el 18.8%, 20.4%, 21.8% y 26.2%, respectivamente del total del presupuesto entre las 13 unidades ejecutoras en salud.

**Figura 23. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Puno versus el presupuesto asignado a salud**



Nota: La figura es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.  
 Fuente: MEF (s. f.)  
 Elaboración propia

La tabla 3 muestra la distribución del presupuesto del Gobierno Regional (GORE)- Puno, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020, también se detalla el porcentaje de ejecución del presupuesto para cada año fiscal que es de 89.2%, 91.3%, 90.2% y 96.4% respectivamente.

Se observa que en el 2017 el GORE – Puno recibió un presupuesto de S/. 1,837,605,749 soles, en el 2018 el presupuesto incrementó en S/. 122 millones de soles (S/. 1,960,495,755); para el 2019 el presupuesto incrementó S/. 145 millones de soles (S/. 2,105,513,092) y en el año 2020 el presupuesto fue S/. 121 millones de soles (S/. 2,226,737,943).

La tabla 4, muestra la distribución del presupuesto de la unidad Ejecutora 400-914 Puno – Salud, se detalla que se destinó S/. 25,635,098 soles en el 2017; S/. 27,611,775 soles en el 2018, S/. 30,947,365 soles en el 2019 y S/. 32,611,800 soles en el 2020. Distribuido en las 13 categorías presupuestales como: programa articulado nutricional; salud materno neonatal; TBC-VIH/SIDA; enfermedades metaxénicas y zoonosis; enfermedades no transmisibles; prevención y control del cáncer; prevención y tratamiento del consumo de drogas; reducción de vulnerabilidad y atención de emergencia por desastre; reducción de la mortalidad por emergencia y urgencias médicas; prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en

personas con discapacidad; control y prevención en salud mental; acciones centrales y asignación presupuestaria que no resultan en productos.

Las acciones centrales y acciones presupuestales que no resultan en producto representan entre el 76.0%, 81.0%, 80.0% y 83.0% del presupuesto total asignado para cada año fiscal.

**Tabla 3. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Puno del 2017 al 2020**

Pliego 458: GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PUNO	2017		2018		2019		2020	
	PIM	Avance %						
001-902: REGION PUNO-SEDE CENTRAL	411,961,464	64.1	422,843,697	71.8	414,940,142	64.3	314,688,137	89.4
002-903: REGION PUNO-PESQUERIA	1,818,119	97.1	1,976,486	95.5	1,988,433	99.0	2,034,874	95.9
003-904: REGION PUNO-PROGRAMA REGIONAL DE RIEGO Y DRENAJE	7,095,512	96.4	5,616,039	90.2	6,668,991	96.6	23,782,116	93.1
005-906: REGION PUNO-PROGRAMA DE APOYO AL DESARROLLO RURAL ANDINO	6,609,902	90.9	16,021,557	48.7	15,805,116	63.4	14,318,074	71.6
100-908: REGION PUNO-AGRICULTURA	21,436,541	83.3	27,221,074	84.0	25,647,192	94.3	26,237,660	95.1
200-909: REGION PUNO-TRANSPORTES	47,791,367	57.6	35,266,976	79.2	19,233,297	72.9	32,855,789	71.3
300-910: REGION PUNO-EDUCACION PUNO	91,895,217	97.6	75,824,133	98.6	85,682,403	97.8	90,244,520	95.9
301-911: REGION PUNO-EDUCACION SAN ROMAN	135,712,596	98.5	143,784,098	99.4	159,038,235	98.5	173,348,654	99.2
302-912: REGION PUNO-EDUCACION MELGAR	64,486,595	99.8	68,091,033	99.7	76,033,549	98.2	78,473,438	99.7
303-913: REGION PUNO-EDUCACION AZANGARO	109,533,008	99.7	121,040,859	99.4	132,672,873	99.4	138,226,551	99.9
304-1004: REGION PUNO-EDUCACION HUANCANE	64,312,560	97.7	69,352,382	99.0	74,588,071	95.0	80,267,446	99.7
305-1005: REGION PUNO-EDUCACION PUTINA	25,548,764	99.4	27,936,510	99.7	30,315,178	99.6	32,386,495	99.5
306-1053: REGION PUNO-EDUCACION COLLAO	62,529,932	99.2	66,917,191	99.4	75,582,432	98.4	79,990,614	98.5
307-1054: REGION PUNO-EDUCACION CHUCUITO-JULI	75,055,008	98.5	81,575,689	99.1	88,755,935	97.3	93,995,885	99.5
308-1055: REGION PUNO-EDUCACION YUNGUYO	37,039,975	99.7	39,362,189	99.3	44,373,952	95.5	45,149,194	99.3
309-1056: REGION PUNO-EDUCACION CARABAYA-MACUSANI	44,855,913	99.3	48,726,304	99.5	52,960,750	99.2	54,516,877	99.6
310-1339: REGION PUNO- EDUCACION SANDIA	38,109,245	99.9	41,611,892	99.3	47,367,200	98.7	46,381,675	99.5
311-1434: GOB. REG. DE PUNO- UGEL PUNO	158,646,795	99.9	170,024,120	99.8	187,725,555	97.6	202,696,682	99.9
312-1504: GOB. REG. DPTO. DE PUNO - EDUCACION LAMPA	37,837,643	99.4	42,087,979	99.7	45,117,461	98.0	48,555,970	99.7
313-1505: GOB. REG. DPTO. DE PUNO - EDUCACION MOHO	26,908,348	99.7	28,850,798	98.5	32,046,685	97.1	33,396,032	99.5
314-1514: GOB. REG. DPTO. DE PUNO- EDUCACION CRUCERO	23,862,577	98.8	26,451,706	99.0	29,431,992	93.8	30,836,228	99.6
400-914: REGION PUNO-SALUD PUNO-LAMPA	25,635,098	78.7	27,611,775	75.1	30,947,365	78.8	32,611,800	77.7
401-915: REGION PUNO-SALUD MELGAR	30,880,992	98.6	35,920,958	96.8	41,398,360	93.1	51,034,940	98.4
402-916: REGION PUNO-SALUD AZANGARO	27,311,838	97.1	31,361,386	96.0	35,166,296	98.2	44,134,170	97.1
403-917: REGION PUNO-SALUD SAN ROMAN	62,332,320	98.1	77,568,613	95.8	91,088,931	98.4	110,329,567	98.6
404-918: REGION PUNO-SALUD HUANCANE	27,018,259	96.2	30,677,262	96.5	35,022,894	96.1	40,713,664	98.1
405-919: REGION PUNO-SALUD PUNO	31,973,211	96.7	37,916,045	96.4	43,152,807	98.3	52,707,733	97.4
406-920: REGION PUNO-SALUD CHUCUITO	25,696,970	95.0	29,239,565	94.6	32,398,657	95.5	38,265,223	96.0
407-967: REGION PUNO-SALUD YUNGUYO	11,910,688	97.7	14,437,532	84.1	15,410,043	97.7	19,013,924	97.6
408-968: REGION PUNO-SALUD COLLAO	21,539,927	98.6	24,846,839	98.2	29,857,562	99.5	34,491,960	98.3
409-1006: REGION PUNO-SALUD MACUSANI	15,112,565	90.8	16,898,842	96.7	21,192,574	95.7	56,955,354	99.4
410-1007: REGION PUNO-SALUD SANDIA	13,878,916	94.6	16,497,879	94.6	17,836,943	99.4	21,436,282	96.1
411-1435: GOB.REG. PUNO - HOSPITAL REGIONAL MANUEL NUÑEZ BUTRON	38,703,575	94.8	42,834,100	91.8	49,967,376	91.4	63,305,708	94.6
412-1621: GOB. REG. DPTO. DE PUNO - SALUD LAMPA	12,564,309	92.4	14,102,247	95.8	16,097,842	98.2	19,354,707	94.0
<b>TOTAL</b>	<b>1,837,605,749</b>	<b>89.2</b>	<b>1,960,495,755</b>	<b>91.3</b>	<b>2,105,513,092</b>	<b>90.2</b>	<b>2,226,737,943</b>	<b>96.4</b>

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

**Tabla 4. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región Puno - Salud del 2017 al 2020**

<b>Presupuesto Unidad Ejecutora 400-914: REGIÓN PUNO-SALUD</b>									
	2017		2018		2019		2020		
	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%	
0001: Programa articulado nutricional	3,890,480	60.5	3,038,476	34.5	2,497,749	85.3	1,475,529	68.7	
0002: Salud materno neonatal	739,278	45.4	763,296	26.6	759,087	27.2	850,132	39.2	
0016: TBC-VIH/SIDA	386,037	98.9	422,639	95.1	430,323	97.2	492,601	96.0	
0017: Enfermedades metaxenicas y zoonosis	176,907	98.3	195,698	98.3	200,513	97.6	341,977	99.3	
0018: Enfermedades no transmisibles	226,815	83.6	157,986	91.0	912,993	21.8	602,570	25.7	
0024: Prevención y control del cáncer	126,189	76.4	37,008	68.4	36,139	69.6	435,563	92.2	
0051: Prevención y tratamiento del consumo de drogas	192,608	94.0	192,650	96.7	280,428	61.3	309,030	94.7	
0068: Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	202,682	99.4	237,660	91.6	227,005	91.5	489,745	97.7	
0104: Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medicas	10,000	99.6	29,210	79.6	352,743	71.6	12,983	99.9	
0129: Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	10,000	98.8	10,000	72.3	13,483	72.4	3,333	99.6	
0131: Control y prevención en salud mental	183,719	77.1	169,396	82.6	377,507	44.7	417,055	29.7	
9001: Acciones centrales	6,773,005	96.6	7,214,519	97.1	10,348,521	88.7	9,570,184	94.7	
9002: Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	12,717,378	75.1	15,143,237	73.6	14,510,874	77.4	17,611,098	71.9	
<b>TOTAL</b>	<b>25,635,098</b>	<b>78.7</b>	<b>27,611,775</b>	<b>75.1</b>	<b>30,947,365</b>	<b>78.8</b>	<b>32,611,800</b>	<b>77.7</b>	

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.).

Elaboración propia

### 3.2.2. Gerencia Regional de Salud de Arequipa

De acuerdo con el Censo 2017 (INEI, 2018b, p. 25), el departamento de Arequipa tiene 8 provincias, 109 distritos y 4,727 centros poblados, con una población de 1 millón 382 mil 730 habitantes, encontrándose el 91.8% en el área urbana y el 8.2% en el área rural.

El 79.60% de la población de 5 y más años, manifestó que el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez es el castellano, seguido del 17.88% de la población que declaró haber aprendido quechua.

En auto identificación étnica, el 54.2% de la población se reconoce como mestizo, mientras que el 31.3% se identifica como quechua y el 4.9% y 3.3% se auto identificaron como blanco y aimara, respectivamente.

#### 3.2.2.1. Principales indicadores de salud

Mostraremos algunos de los principales indicadores para describir cómo se encuentra el Sistema de Salud en la región (INEI, s. f.).

- Esperanza de vida al nacer es de 79.1 años.
- 11% es tasa de mortalidad infantil (para los 5 años anteriores a la ENDES).

- 6.1% de niños menores a 5 años tienen desnutrición crónica según el Patrón de Referencia OMS.
- 66.9% de la población cuenta con algún seguro de salud.
- 33.9% de los niños de 6 a 35 meses están con anemia.
- 11.0 % de la población presenta alguna dificultad o limitación permanente física o mental.
- 12.0% – 14.6% de la población está en situación de Pobreza Monetaria.
- 0.3% - 0.7% de la población está en situación de Pobreza Extrema Monetaria.
- 6,793 registros de defunciones inscritas vía ordinaria.

### 3.2.2.2. Infraestructura

La Gerencia Regional de Salud de Arequipa cuenta con un total de 5 Hospitales, 1 Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 70 Centros de Salud, 178 Puestos de Salud y 4 redes como se muestra en el Tabla a continuación.

**Tabla 5. Establecimientos de Salud Arequipa – 2017**



Establecimientos de Salud de Arequipa	Categoría de Establecimiento de Salud									TOTAL	
	DIRESA	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	RED		SIN CAT.
Centros de Salud				59	11						70
Hospital						3	2				5
Puestos de salud o postas		56	121							1	178
Instituto de salud especializados								1			1
Patología clínica (laboratorio)										1	1
Otros	1									1	1
Diresa											1
Red									4		4
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1</b>	<b>56</b>	<b>121</b>	<b>59</b>	<b>11</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>261</b>

Nota: La tabla es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MINSA (2019a)

Elaboración propia

Los hospitales son:

- Hospital Honorio Delgado Espinoza.
- Hospital Goyeneche.

- c) Hospital Apoyo Aplao.
- d) Hospital Central de Majes.
- e) Hospital - Instituto Regional de enfermedades Neoplásicas – IREN – SUR.

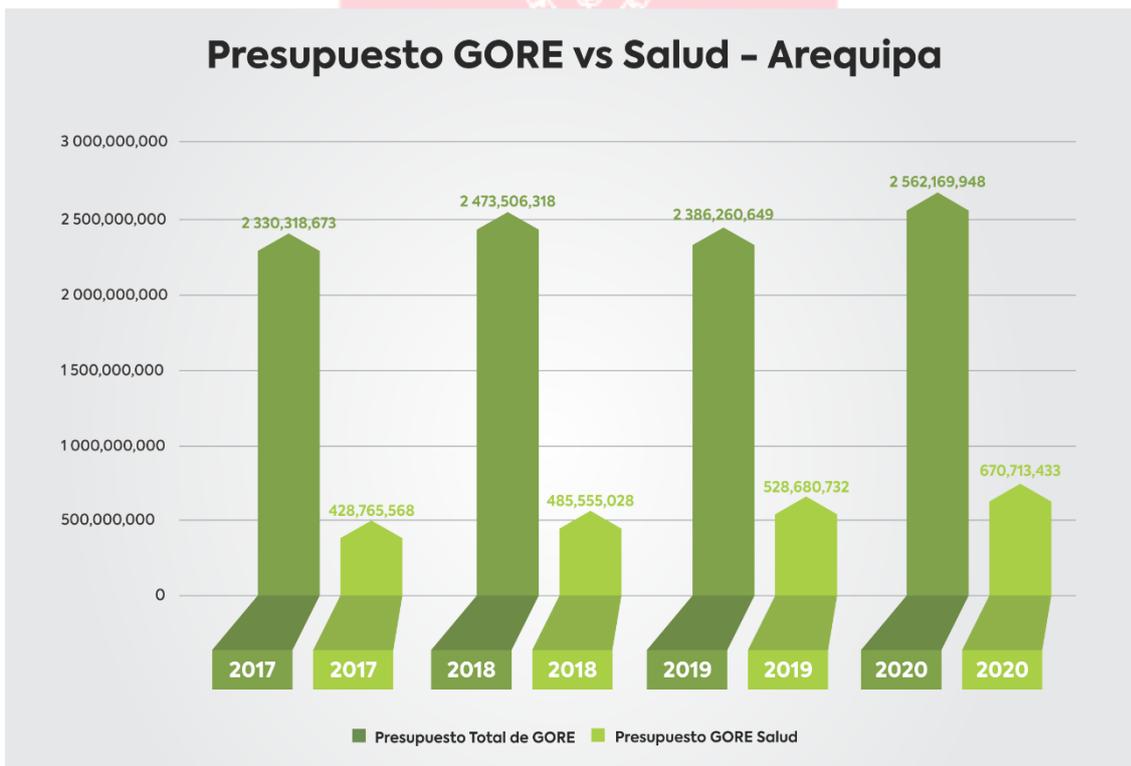
Redes de Salud:

- a) Red de Salud Arequipa - Caylloma.
- b) Red de Salud Camaná.
- c) Red de Salud Castilla - Condesuyos - La Unión
- d) Red de Salud Islay.

### 3.2.2.3. Presupuesto

El Gobierno Regional del Departamento de Arequipa - GORE Arequipa, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020 destinó el 18.3%, 19.6%, 22.2% y 26.2%, respectivamente del total del presupuesto entre las 8 unidades ejecutoras en salud.

**Figura 24. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Arequipa versus el presupuesto asignado a Salud**



Nota: La figura es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

La tabla 6, muestra la distribución del presupuesto del GORE Arequipa, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020, donde se detalla el porcentaje de ejecución del presupuesto para cada año fiscal que es de 82.6%, 79.7%, 80.5% y 84.4%, respectivamente.

Se observa que en el 2017 el GORE – Arequipa recibió un presupuesto de S/. 2,339,318,673 soles, en el 2018 el presupuesto incrementó en S/. 134 millones de soles (S/. 2,473,506,318); para el 2019 hubo una disminución del presupuesto en menos S/ 82 millones de soles (S/. 2,386,260,649) y en el año 2020 el presupuesto volvió a incrementar en S/. 175 millones de soles (S/. 2,562,169,948).



**Tabla 6. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Arequipa del 2017 al 2020**

Pliego 443: GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE AREQUIPA	2017		2018		2019		2020	
	PIM	Avance %						
001-757: REGION AREQUIPA-SEDE CENTRAL	873,667,453	62.3	950,684,463	70.1	824,522,653	62.4	707,105,641	76.2
002-758: REGION AREQUIPA-TRABAJO	9,155,309	52.3	8,973,742	77.3	8,591,758	56.6	7,241,211	66.7
004-760: REGION AREQUIPA-PROYECTO ESPECIAL COPASA	800,000	100.0	1,142,010	91.6	1,088,214	96.0	1,158,677	95.9
005-1137: REGION AREQUIPA - PROYECTO ESPECIAL MAJES SIGUAS	282,994,006	94.2	203,753,908	14.8	153,489,353	55.2	196,227,442	20.5
100-761: REGION AREQUIPA-AGRICULTURA	18,968,744	92.8	19,242,933	92.0	21,006,522	88.7	42,346,526	80.3
200-762: REGION AREQUIPA-TRANSPORTES	35,355,613	61.3	37,704,269	87.9	28,244,537	80.0	39,936,016	76.4
300-763: REGION AREQUIPA-EDUCACION	110,438,930	96.8	84,830,155	96.5	69,181,207	94.7	74,330,591	93.6
301-764: REGION AREQUIPA-COLEGIO MILITAR FRANCISCO BOLOGNESI	11,635,810	99.6	12,611,921	98.0	13,014,433	97.2	13,686,734	80.8
302-1103: REGION AREQUIPA-EDUCACION AREQUIPA NORTE	186,353,572	98.8	198,887,423	99.6	212,786,210	96.8	237,532,370	99.0
303-1104: REGION AREQUIPA-EDUCACION AREQUIPA SUR	220,461,503	99.4	235,966,489	99.5	264,386,472	99.4	295,270,476	98.6
304-1597: REGION AREQUIPA - UGEL CAMANA	24,518,066	99.1	35,610,184	98.7	39,087,094	93.9	40,706,707	98.5
305-1598: REGION AREQUIPA - UGEL CARAVELI	18,694,343	98.3	25,385,085	98.3	29,454,875	91.0	30,708,709	93.2
306-1599: REGION AREQUIPA - UGEL CASTILLA	21,651,918	99.2	29,923,347	99.6	32,970,759	95.1	33,970,786	94.7
307-1600: REGION AREQUIPA - UGEL CONDESUYOS	11,856,846	98.7	15,788,579	99.2	18,183,261	95.9	18,666,899	95.7
308-1601: REGION AREQUIPA - UGEL ISLAY	22,671,093	95.7	31,582,266	97.9	34,926,203	94.0	38,319,521	93.7
309-1602: REGION AREQUIPA - UGEL LA UNION	5,216,691	97.4	18,891,363	99.2	20,200,950	94.7	20,349,852	97.4
310-1603: REGION AREQUIPA - UGEL CAYLLOMA	19,941,107	97.2	29,771,148	97.5	33,930,191	91.4	36,305,385	94.7
311-1604: REGION AREQUIPA - UGEL LA JOYA	36,172,101	96.0	47,201,105	98.1	52,515,225	93.0	57,592,972	94.9
400-765: REGION AREQUIPA-SALUD	46,129,596	90.2	49,997,878	92.5	53,679,914	93.4	72,441,593	93.3
401-766: REGION AREQUIPA-HOSPITAL GOYENECHÉ	56,274,323	93.6	64,752,768	93.5	69,155,996	90.6	99,268,236	96.7
402-767: REGION AREQUIPA-HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO	114,053,631	92.3	128,170,593	93.2	137,691,308	84.6	162,046,658	95.1
403-768: REGION AREQUIPA-SALUD CAMANA	33,315,116	97.8	38,762,206	98.5	44,746,265	98.6	53,611,584	97.4
404-769: REGION AREQUIPA-SALUD APLAO	29,661,064	95.3	33,895,887	95.8	36,561,775	96.1	46,189,932	96.7
405-1222: REGION AREQUIPA - SALUD RED PERIFERICA AREQUIPA	114,517,974	96.9	126,736,611	97.7	141,049,712	96.7	181,682,327	97.4
406-1320: REG. AREQUIPA - INST. REG. DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS DEL SUR (IREN SUR)	25,663,591	79.2	30,238,595	85.9	30,473,184	83.7	34,468,364	93.1
409-1657: REG. AREQUIPA - HOSPITAL CENTRAL DE MAJES ING. ANGEL GABRIEL CHURA GALLEGOS	9,150,273	80.5	13,001,390	86.9	15,322,578	87.2	21,004,739	94.1
<b>TOTAL</b>	<b>2,339,318,673</b>	<b>82.6</b>	<b>2,473,506,318</b>	<b>79.7</b>	<b>2,386,260,649</b>	<b>80.5</b>	<b>2,562,169,948</b>	<b>84.4</b>

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

La tabla 7, muestra la distribución del presupuesto de la unidad Ejecutora 400-765 Región Arequipa – Salud. Se detalla que se destinó S/. 46,129,596 soles en el 2017; S/. 49,997,878 soles en el 2018, S/. 53,679,914 soles en el 2019 y S/. 72,441,593 soles en el 2020. Distribuido en las 13 categorías presupuestales como: programa articulado nutricional; salud materno neonatal; TBC-VIH/SIDA; enfermedades metaxénicas y zoonosis; enfermedades no transmisibles; prevención y control del cáncer; prevención y tratamiento del consumo de drogas; reducción de vulnerabilidad y atención de emergencia por desastre; reducción de la mortalidad por emergencia y urgencias médicas; prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad; control y prevención en salud mental; acciones centrales y asignación presupuestaria que no resultan en productos.

Se debe precisar que la categoría presupuestal prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad, no tuvo presupuesto los años 2017 y 2018. Además, las acciones centrales y acciones presupuestales que no resultan en producto representan entre ambas el 77.0% y 82.0% del presupuesto total asignado para los años 2018 y 2020 respectivamente.

**Tabla 7. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región Arequipa - Salud del 2017 al 2020**

<b>Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765: REGIÓN AREQUIPA-SALUD</b>									
	2017		2018		2019		2020		
	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%	
0001: Programa articulado nutricional	4,125,969	94.4	3,045,559	91.4	4,521,971	91.4	3,608,846	95.6	
0002: Salud materno neonatal	1,888,855	97.3	1,938,392	94.6	2,438,884	87.0	2,266,672	93.3	
0016: TBC-VIH/SIDA	1,811,462	99.5	1,190,743	83.1	1,015,697	93.1	923,919	81.5	
0017: Enfermedades metaxenicas y zoonosis	2,136,998	94.9	960,193	90.7	1,173,871	92.5	963,485	98.5	
0018: Enfermedades no transmisibles	1,697,496	98.0	1,197,498	95.9	1,376,328	93.5	1,542,512	98.8	
0024: Prevención y control del cáncer	1,083,958	98.9	673,219	95.8	759,214	96.3	235,324	98.4	
0051: Prevención y tratamiento del consumo de drogas	288,623	99.1	349,970	95.0	578,966	75.3	478,525	98.0	
0068: Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	613,057	70.7	602,894	91.7	481,521	86.7	425,552	97.6	
0104: Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medicas	321,194	92.8	383,553	91.7	570,660	88.3	571,522	89.2	
0129: Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad					7,262	64.5	7,662	97.7	
0131: Control y prevención en salud mental	877,291	98.4	1,194,025	94.3	1,428,514	89.7	1,979,668	98.3	
9001: Acciones centrales	8,795,398	92.7	16,276,511	97.2	17,317,342	96.4	22,862,731	94.9	
9002: Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	22,489,295	85.8	22,185,321	89.1	22,009,684	93.3	36,575,175	91.6	
<b>TOTAL</b>	<b>46,129,596</b>	<b>90.2</b>	<b>49,997,878</b>	<b>92.5</b>	<b>53,679,914</b>	<b>93.4</b>	<b>72,441,593</b>	<b>93.3</b>	

Elaboración propia  
Fuente: Consulta amigable MEF recuperado el 28 de junio 2021

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

### **3.2.3. Dirección Regional de Salud de Madre de Dios**

De acuerdo con el Censo 2017 (INEI, 2018d, p. 11), el departamento de Madre de Dios tiene 3 provincias, 11 distritos y 307 centros poblados, con una población de 141 mil 070 habitantes, encontrándose el 82.8% en el área urbana y el 17.2% en el área rural.

El 75.9% de la población de 5 y más años, manifestó que el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez es el castellano, seguido del 19.3% de la población que declaró haber aprendido quechua, el 2.0% otra lengua nativa u originaria y el 1,2% aimara.

En auto identificación étnica el 46.0% de la población se reconoce como mestizo, mientras que el 34.5% se identifica como quechua. Con menores porcentajes está la población que se auto identifica como blanco 3,3%, Nativo o indígena de la Amazonía 3,2% y la que se percibe moreno, zambo, mulato / pueblo afroperuano o afrodescendiente 2,6%.

#### **3.2.3.1. Principales indicadores de salud**

Mostraremos algunos de los principales indicadores para describir como se encuentra el Sistema de Salud en la región (INEI, 2018d).

- Esperanza de vida al nacer es de 75.8 años.
- 19% es tasa de mortalidad infantil (Para los 5 años anteriores a la ENDES).
- 8.4% de niños menores a 5 años tienen desnutrición crónica según el Patrón de Referencia OMS.
- 69.9% de la población cuenta con algún seguro de salud.
- 51.4% de los niños de 6 a 35 meses están con anemia.
- 8.7 % de la población presenta alguna dificultad o limitación permanente física o mental.
- 12.0% – 14.6% de la población está en situación de Pobreza Monetaria.
- 0.3% – 0.7% de la población está en situación de Pobreza Extrema Monetaria.
- 492 registros de defunciones inscritas vía ordinaria.

#### **3.2.3.2. Infraestructura**

La Dirección Regional de Salud de Madre de Dios cuenta con un total de 2 Hospitales, ningún Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicos, 5 Centros de Salud, 99 Puestos de Salud y 1 redes como se muestra en el Tabla 8.

**Tabla 8. Establecimientos de Salud Madre de Dios – 2017**



Establecimientos de Salud de Madre de Dios	Categoría de Establecimiento de Salud										TOTAL
	DIRESA	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	RED	SIN CAT.	
Centros de Salud				5							5
Hospital						1	1				2
Puestos de salud o postas		78	21							1	99
Instituto de salud especializados											0
Patología clínica (laboratorio)										1	1
Otros											0
Diresa	1										1
Red									1		1
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1</b>	<b>78</b>	<b>21</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>109</b>

Nota: La tabla es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MINSA (2019a)

Elaboración propia

Los hospitales son:

- a) Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado.
- b) Hospital San Martín de Porres de Iberia.

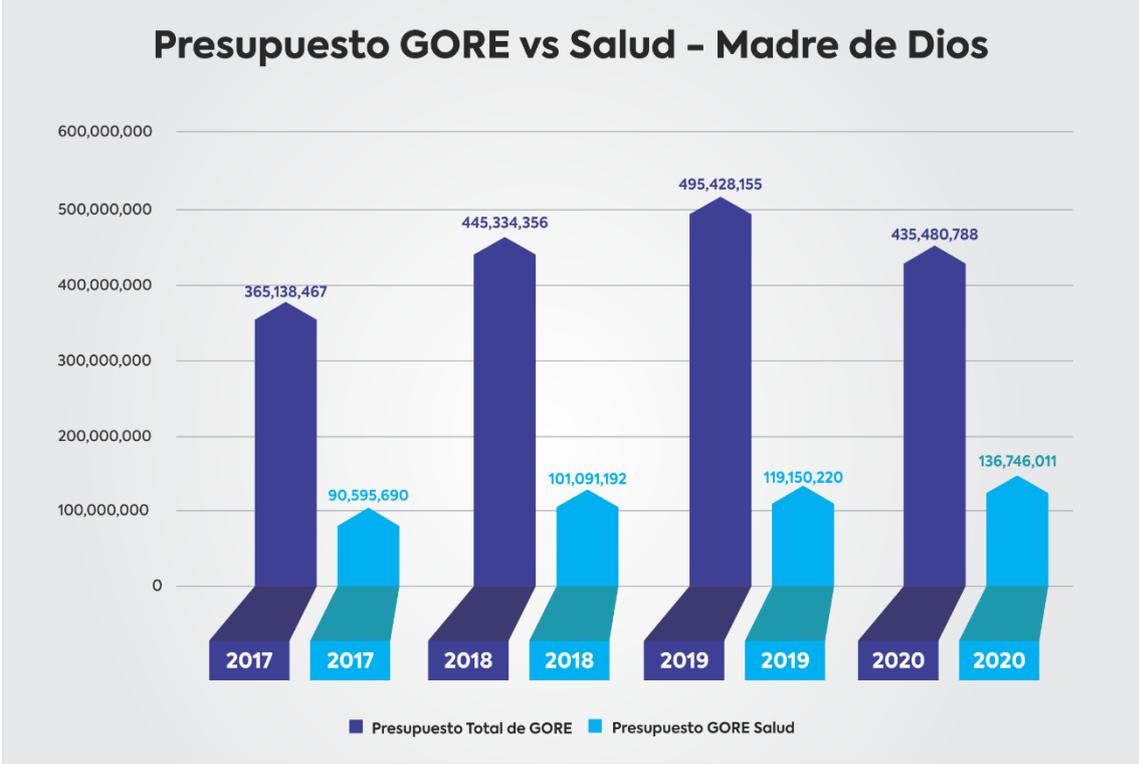
Redes de Salud:

- a) Red de Salud de Madre de Dios.

### 3.2.3.3. Presupuesto

El Gobierno Regional del Departamento de Madre de Dios - GORE Madre de Dios, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020 destinó el 24.8%, 22.7%, 24.0% y 31.4%, respectivamente del total del presupuesto entre las 9 unidades ejecutoras en salud.

**Figura 25. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Madre de Dios versus el Presupuesto asignado a Salud**



Nota: La figura es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.  
 Fuente: MEF (s. f.)  
 Elaboración propia

La tabla 9 muestra la distribución del presupuesto del GORE Madre de Dios, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020, donde se detalla el porcentaje de ejecución del presupuesto para cada año fiscal que es de 90.3%, 82.6%, 86.9% y 92.4%, respectivamente.

Se observa que en el 2017 el GORE – Madre de Dios recibió un presupuesto de S/. 365,128,467 de soles, en el 2018 el presupuesto incrementó en S/. 80 millones de soles (S/. 445,334,356); para el 2019 el presupuesto incrementó S/50 millones de soles, pero S/. 30 millones soles menos respecto al año anterior (S/. 495,428,155) y en el año 2020 el presupuesto se redujo en menos S/. 59 millones de soles (S/. 435,480,788).

Cabe señalar que al pliego GORE-Madre de Dios - Redes de Salud Periféricas no se otorgó presupuesto en el 2017.

**Tabla 9. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Madre de Dios del 2017 al 2020**

Pliego 454: GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE MADRE DE DIOS	2017		2018		2019		2020	
	PIM	Avance %						
001-875: REGION MADRE DE DIOS-SEDE CENTRAL	125,268,413	85.8	159,124,448	79.4	151,902,855	84.4	100,244,824	88.5
002-1392: GOB.REG. MADRE DEDIOS - SUB REGION MANU	9,248,176	50.5	14,431,796	59.5	16,723,568	92.4	14,779,700	98.7
021-1294: REGION MADRE DE DIOS-PROY. ESP. MADRE DE DIOS	15,289,454	86.0	32,510,019	54.1	41,373,882	82.1	20,081,597	77.8
100-876: REGION MADRE DE DIOS-AGRICULTURA	6,123,464	98.2	8,957,178	55.8	13,551,700	63.3	9,251,392	91.0
200-877: REGION MADRE DE DIOS-TRANSPORTES	13,264,207	87.9	13,293,546	82.1	27,619,914	57.8	22,487,862	64.6
300-878: REGION MADRE DE DIOS-EDUCACION	105,339,063	97.7	115,926,177	97.3	125,106,016	98.7	131,889,402	99.6
400-879: REGION MADRE DE DIOS-SALUD	56,108,803	92.3	63,266,258	84.7	44,502,641	83.3	30,525,620	90.5
401-1003: REGION MADRE DE DIOS-HOSPITAL SANTA ROSA DE PUERTO MALDONADO	34,486,887	92.8	37,598,012	87.6	41,650,768	93.3	54,599,222	93.4
402-1708: GOB. REG. DEL DPTO. DE MADRE DE DIOS - REDES DE SALUD PERIFERICAS			226,922	76.8	32,996,811	87.7	51,621,169	97.9
<b>TOTAL</b>	<b>365,128,467</b>	<b>90.3</b>	<b>445,334,356</b>	<b>82.6</b>	<b>495,428,155</b>	<b>86.9</b>	<b>435,480,788</b>	<b>92.4</b>

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

La tabla 10, muestra la distribución del presupuesto de la unidad Ejecutora 400-879 Región Madre de Dios – Salud, se detalla que se destinó S/. 56,108,803 soles en el 2017; S/. 63,266,258 soles en el 2018, S/. 44,502,641 soles en el 2019 y S/. 30,525,620 soles en el 2020. Distribuido en las 14 categorías presupuestales como: programa articulado nutricional; salud materno neonatal; TBC-VIH/SIDA; enfermedades metaxénicas y zoonosis; enfermedades no transmisibles; prevención y control del cáncer; prevención y tratamiento del consumo de drogas; reducción de vulnerabilidad y atención de emergencia por desastre; lucha contra la violencia familiar; reducción de la mortalidad por emergencia y urgencias médicas; prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad; control y prevención en salud mental; acciones centrales y asignación presupuestaria que no resultan en productos.

Se debe precisar que la categoría presupuestal lucha contra la violencia familiar recién se ha incorporado para el año fiscal 2020 y la categoría prevención y tratamiento del consumo de drogas no se otorgó presupuesto en el año 2019. Además, las acciones centrales y acciones presupuestales que no resultan en producto representan entre el 41.2%, 38%, 46% y 77% del presupuesto total asignado para cada año fiscal.

**Tabla 10. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región Madre de Dios - Salud del 2017 al 2020**

<b>Presupuesto Unidad Ejecutora 400-879 REGIÓN MADRE DE DIOS-SALUD</b>									
	2017		2018		2019		2020		
	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%	
0001: Programa articulado nutricional	11,189,015	86.4	13,876,326	74.2	8,766,575	87.6	1,574,822	73.7	
0002: Salud materno neonatal	5,998,528	92.7	7,747,098	72.4	5,068,030	73.2	1,017,611	86.0	
0016: TBC-VIH/SIDA	4,664,677	99.2	5,543,854	98.3	2,254,193	95.9	502,317	99.4	
0017: Enfermedades metaxenicas y zoonosis	5,993,253	98.7	6,139,421	92.2	3,114,232	92.3	776,352	94.5	
0018: Enfermedades no transmisibles	2,064,849	99.8	2,582,031	92.6	1,640,747	95.4	290,686	99.1	
0024: Prevención y control del cáncer	933,140	98.7	883,737	93.9	336,669	99.0	263,288	99.8	
0051: Prevención y tratamiento del consumo de drogas	195,000	98.0	197,793	81.8			131,222	88.0	
0068: Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	347,980	96.6	437,738	96.7	350,021	96.0	469,357	98.5	
0080 Lucha contra la violencia familiar							575,890	99.6	
0104: Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medicas	143,874	80.0	43,680	99.9	320,020	68.8	494,462	98.1	
0129: Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	1,100	99.5	1,100	58.1	975	31.3	1,350	100.0	
0131: Control y prevención en salud mental	1,480,535	99.0	2,013,498	88.3	2,125,085	97.3	1,026,681	98.1	
9001: Acciones centrales	3,914,081	98.5	4,412,986	96.7	4,454,205	81.5	4,219,377	95.3	
9002: Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	19,182,771	89.1	19,386,996	86.1	16,071,889	77.6	19,182,205	89.3	
<b>TOTAL</b>	<b>56,108,803</b>	<b>92.3</b>	<b>63,266,258</b>	<b>84.7</b>	<b>44,502,641</b>	<b>83.3</b>	<b>30,525,620</b>	<b>90.5</b>	

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

### 3.2.4. Dirección Regional de Salud de Loreto

De acuerdo con el Censo 2017 (INEI, 2018c, p.25), el departamento de Loreto tiene 8 provincias, 53 distritos y 2,375 centros poblados, con una población 883 mil 510 habitantes, encontrándose el 68.7% en el área urbana y el 31.3% en el área rural.

El 90.1% de la población de 5 y más años, manifestó que el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez es el castellano, seguido del 5.6% de la población que declaró haber aprendido otra lengua nativa u originaria.

En auto identificación étnica el 75.9% de la población se reconoce como mestizo, mientras que el 8.3% manifestó identificarse como nativo o indígena de la Amazonía.

#### 3.2.4.1. Principales indicadores de salud

Mostraremos algunos de los principales indicadores para describir como se encuentra el Sistema de Salud en la región (INEI, s. f.).

- Esperanza de vida al nacer es de 75.3 años.
- 21% es tasa de mortalidad infantil (Para los 5 años anteriores a la ENDES).

- 23.7% de niños menores a 5 años tienen desnutrición crónica según el Patrón de referencia OMS.
- 86.8% de la población cuenta con algún seguro de salud.
- 53.0% de los niños de 6 a 35 meses están con anemia.
- 8.0 % de la población presenta alguna dificultad o limitación permanente física o mental.
- 28.3% – 32.7% de la población está en situación de Pobreza Monetaria.
- 5.8% - 7.9% de la población está en situación de Pobreza Extrema Monetaria.
- 3,601 registros de defunciones inscritas vía ordinaria.

### 3.2.4.2. Infraestructura

La Dirección Regional de Salud de Loreto cuenta con un total de 3 Hospitales, ningún Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 57 Centros de Salud, 327 Puestos de Salud y 8 redes como se muestra en la tabla 11.

**Tabla 11. Establecimientos de Salud Loreto – 2017**



Establecimientos de Salud de Loreto	Categoría de Establecimiento de Salud										TOTAL
	DIRESA	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	RED	SIN CAT.	
Centros de Salud			1	46	10						57
Hospital						1	1	1			3
Puestos de salud o postas		295	31							1	327
Instituto de salud especializados											0
Patología clínica (laboratorio)										2	2
Serv. de traslado de pacientes										1	1
Diresa	1										1
Red									8		8
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1</b>	<b>295</b>	<b>32</b>	<b>46</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>8</b>	<b>4</b>	<b>399</b>

Nota: La tabla es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MINSa (2019a)

Elaboración propia

Los hospitales son:

- Hospital Regional de Loreto.
- Hospital Apoyo de Iquitos.

c) Hospital Yurimaguas.

Redes de Salud:

a) Red de Salud Datem.

b) Red de Salud Alto Amazonas.

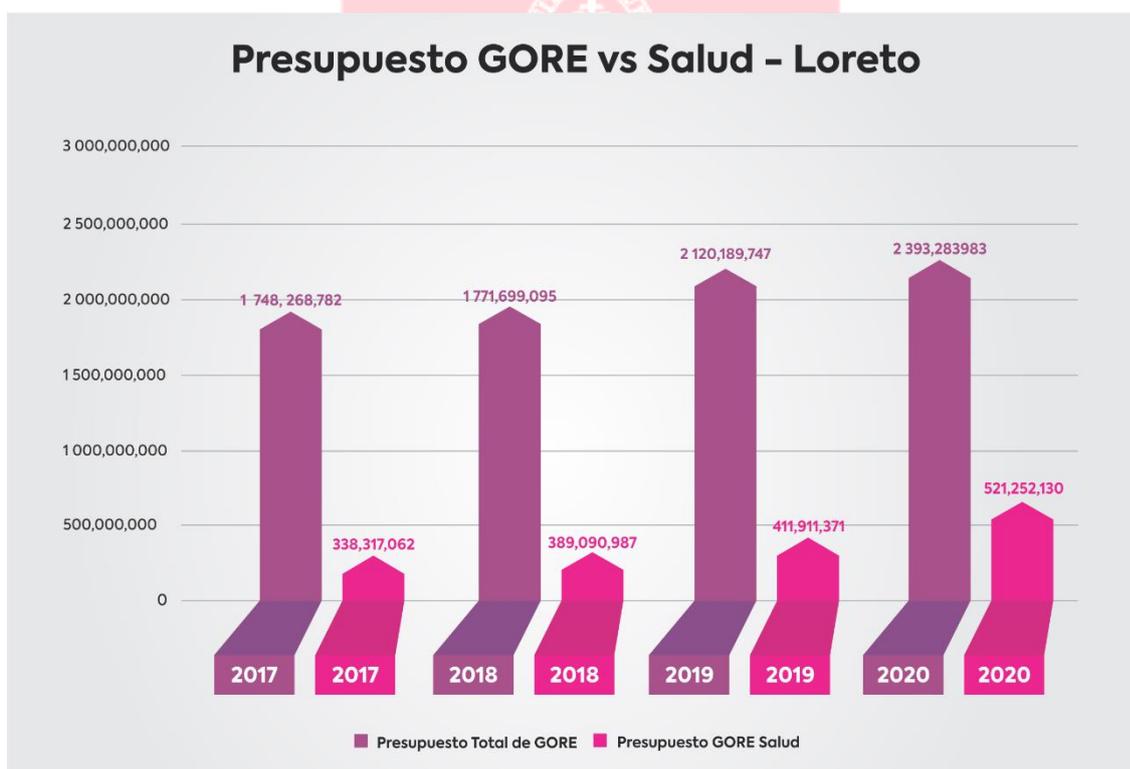
c) Red de Salud Contamana.

d) Red de Salud Loreto.

### 3.2.4.3. Presupuesto

El Gobierno Regional del Departamento de Loreto - GORE Loreto, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020 destinó el 19.4%, 22.0%, 19.4% y 21.8%, respectivamente del total del presupuesto entre las 8 unidades ejecutoras en salud.

**Figura 26. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Loreto versus el Presupuesto asignado a Salud**



Nota: La figura es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

La tabla 12 muestra la distribución del presupuesto del GORE-Loreto, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020, donde se detalla el porcentaje de ejecución del presupuesto para cada año fiscal es de 92.6% en el 2017 y 87.8% para los años 2018 al 2020.

Se observa que en el 2017 el GORE – Loreto recibió un presupuesto de S/. 1,748,268,782 soles, en el 2018 el presupuesto incrementó en S/. 23 millones de soles (S/. 1,771,699,095); para el 2019 hubo un incremento del presupuesto de S/348 millones de soles (S/. 2,120,189,747) y en el año 2020 el presupuesto incrementó en S/. 273 millones de soles, S/. 75 millones menos respecto al año fiscal anterior (S/. 2,393,283,983).

Cabe señalar que el pliego 348-1676 GORE Loreto - Educación Putumayo, no tuvo presupuesto en el 2017 y el pliego 407-1714 Red de Salud Loreto – Nauta no tuvo presupuesto en el 2017 y 2018.

**Tabla 12. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Loreto del 2017 al 2020**

Pliego 453: GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LORETO	2017		2018		2019		2020	
	PIM	Avance %						
001-861: REGION LORETO-SEDE CENTRAL	387,086,333	78.9	329,977,303	91.0	543,802,397	68.9	697,520,774	63.2
002-863: REGION LORETO-ALTO AMAZONAS-YURIMAGUAS	96,679,680	79.5	51,375,058	83.9	45,466,218	90.2	15,842,321	94.1
003-864: REGION LORETO-UCAYALI-CONTAMANA	14,394,098	80.4	10,450,268	92.7	7,570,995	98.4	9,127,281	63.7
004-1326: REG. LORETO- ORGANISMO PUBLICO INFRAEST. PARA LA PRODUCTIVIDAD	34,855,779	67.0	35,010,817	80.5	44,307,609	82.8	23,596,441	85.3
100-865: REGION LORETO-AGRICULTURA	14,412,110	95.0	17,726,114	88.5	15,573,163	90.1	14,152,344	76.7
200-866: REGION LORETO-TRANSPORTES	18,360,081	95.3	12,741,446	93.7	16,410,831	95.2	18,602,624	86.5
300-867: REGION LORETO-EDUCACION	396,240,594	99.7	421,039,276	99.7	451,774,258	99.5	472,658,077	99.7
301-868: REGION LORETO-EDUCACION ALTO AMAZONAS	107,236,355	99.8	123,971,319	99.8	138,110,908	99.9	149,133,784	99.7
302-869: REGION LORETO-EDUCACION UCAYALI-CONTAMANA LORETO	69,295,825	99.7	75,060,101	99.7	84,311,038	99.2	89,828,745	99.7
303-1125: REGION LORETO-EDUCACION MARISCAL RAMON CASTILLA	49,549,337	99.5	54,437,538	99.4	63,989,967	97.5	70,349,768	99.6
304-1178: REGION LORETO-EDUCACION REQUENA	66,728,181	99.8	73,762,507	99.7	88,128,900	99.7	94,575,192	99.8
305-1179: REGION LORETO-EDUCACION NAUTA	80,660,312	99.7	84,553,455	99.6	99,727,464	99.1	99,027,619	99.4
306-1248: REGION LORETO - EDUCACION DATEM DEL MARAÑON	74,453,035	99.5	77,414,284	98.7	93,036,359	98.6	101,195,317	99.3
308-1676: GOB. REG. DE LORETO - EDUCACION PUTUMAYO			15,088,622	98.6	16,068,269	97.9	16,421,566	99.9
400-870: REGION LORETO-SALUD LORETO	152,804,071	98.0	166,506,796	99.2	173,338,641	99.0	212,455,581	96.3
401-871: REGION LORETO-SALUD YURIMAGUAS	33,723,222	91.5	35,674,077	98.4	39,989,520	99.3	50,952,533	98.6
402-872: REGION LORETO-SALUD HOSPITAL DE APOYO IQUITOS	35,628,783	99.6	41,734,577	98.2	41,563,195	98.3	49,933,390	98.4
403-874: REGION LORETO- HOSPITAL REGIONAL DE LORETO	59,832,157	99.4	67,160,817	99.5	72,717,182	98.3	83,046,375	95.5
404-1391: GOB. REG. LORETO - RED DE SALUD DATEM DEL MARAÑON	24,714,678	93.2	31,443,004	96.2	30,702,185	95.6	35,777,499	96.2
405-1407: GOB. REG. DE LORETO- HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS	26,606,264	97.9	31,629,391	98.5	30,120,791	99.6	40,198,493	93.3
406-1672: GOB. REG. DE LORETO - SALUD UCAYALI-CONTAMANA	5,007,887	65.6	14,942,325	95.0	16,628,840	93.8	24,294,053	97.9
407-1714: RED DE SALUD LORETO - NAUTA					6,851,017	98.2	24,594,206	97.3
<b>TOTAL</b>	<b>1,748,268,782</b>	<b>92.6</b>	<b>1,771,699,095</b>	<b>87.8</b>	<b>2,120,189,747</b>	<b>87.8</b>	<b>2,393,283,983</b>	<b>87.8</b>

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

La tabla 13, muestra la distribución del presupuesto de la unidad Ejecutora 400-870 Región Loreto – Salud Loreto. Se detalla que se destinó S/. 152,804,071 soles en el 2017; S/. 166,506,796 soles en el 2018, S/. 173,338,641 soles en el 2019 y S/. 212,455,581 soles en el 2020. Distribuido en las 13 categorías presupuestales como: programa articulado nutricional; salud materno neonatal; TBC-VIH/SIDA; enfermedades metaxénicas y zoonosis; enfermedades no transmisibles; prevención y control del cáncer; prevención y tratamiento del consumo de drogas; reducción de vulnerabilidad y atención de emergencia por desastre; reducción de la mortalidad por emergencia y urgencias médicas; prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad; control y prevención en salud mental; acciones centrales y asignación presupuestaria que no resultan en productos.

Se precisa que la categoría prevención y tratamiento del consumo de drogas no tuvo presupuesto en el año 2019. Además, las acciones centrales y acciones presupuestales que no resultan en producto representan entre el 36.2, 43.3%, 39.7% y 53.5% del presupuesto total asignado para cada año fiscal.

**Tabla 13. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región Loreto - Salud del 2017 al 2020**

<b>Presupuesto Unidad Ejecutora 400-870: REGIÓN LORETO-SALUD</b>									
	<b>2017</b>		<b>2018</b>		<b>2019</b>		<b>2020</b>		
	<b>PIM</b>	<b>Avance%</b>	<b>PIM</b>	<b>Avance%</b>	<b>PIM</b>	<b>Avance%</b>	<b>PIM</b>	<b>Avance%</b>	
0001: Programa articulado nutricional	41,232,045	97.2	39,803,589	99.3	40,710,777	98.8	31,351,176	97.3	
0002: Salud materno neonatal	18,997,518	98.3	18,881,956	99.1	20,522,116	99.0	20,882,585	98.3	
0016: TBC-VIH/SIDA	7,692,517	100.0	9,213,104	99.9	10,489,703	99.7	11,202,315	99.9	
0017: Enfermedades metaxénicas y zoonosis	16,127,672	97.9	14,773,936	99.4	15,261,039	99.4	15,722,244	99.1	
0018: Enfermedades no transmisibles	6,100,827	100.0	5,648,090	99.8	10,452,042	98.8	9,604,735	90.7	
0024: Prevención y control del cáncer	2,240,049	99.9	906,548	99.8	1,208,907	99.2	1,057,996	99.5	
0051: Prevención y tratamiento del consumo de drogas	263,171	100.0	497,462	99.9			430,960	100.0	
0068: Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	2,681,782	76.8	1,167,721	99.8	556,131	99.5	564,140	99.4	
0104: Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medicas	835,202	99.9	854,303	99.9	1,241,711	94.5	2,953,228	60.9	
0129: Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	5,000	96.0	4,470	100.0	4,600	100.0	5,000	100.0	
0131: Control y prevención en salud mental	1,314,533	100.0	2,741,088	100.0	4,114,019	97.2	5,023,687	99.8	
9001: Acciones centrales	18,926,977	99.7	32,647,095	99.1	38,826,664	99.0	45,383,824	98.9	
9002: Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	36,386,778	98.3	39,367,434	98.8	29,950,932	99.3	68,273,691	94.3	
<b>TOTAL</b>	<b>152,804,071</b>	<b>98.0</b>	<b>166,506,796</b>	<b>99.2</b>	<b>173,338,641</b>	<b>99.0</b>	<b>212,455,581</b>	<b>96.3</b>	

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

### **3.2.5. Dirección Regional de Salud de Cajamarca**

De acuerdo con el Censo 2017 (INEI 2018e, p. 25), el departamento de Cajamarca tiene 13 provincias, 127 distritos y 6,513 centros poblados, con una población de 1 millón 341 mil 012 habitantes, encontrándose el 35.4% en el área urbana y el 64.6% en el área rural.

El 98.56% de la población de 5 y más años, manifestó que el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez es el castellano, seguido del 0.57% de la población que declaró haber aprendido quechua.

En auto identificación étnica el 76.4% de la población se reconoce como mestizo, mientras que el 7.5% se identifica como blanco, el 6.2% como quechua y el 5.8% se auto identifica como afrodescendiente.

#### **3.2.5.1. Principales indicadores de salud**

Mostraremos algunos de los principales indicadores para describir cómo se encuentra el Sistema de Salud en la región (INEI, s. f.).

- Esperanza de vida al nacer es de 75.8 años.
- 19% es tasa de mortalidad infantil (Para los 5 años anteriores a la ENDES).
- 25.6% de niños menores a 5 años tienen desnutrición crónica según el Patrón de Referencia OMS.
- 87.1% de la población cuenta con algún seguro de salud.
- 28.7% de los niños y niñas de 6 a 35 meses están con anemia.
- 11.0 % de la población presenta alguna dificultad o limitación permanente física o mental.
- 34.4% – 39.4% de la población está en situación de Pobreza Monetaria.
- 8.3% - 14.0% de la población está en situación de Pobreza Extrema Monetaria.
- 6,101 registros de defunciones inscritas vía ordinaria.

#### **3.2.5.2. Infraestructura**

La Gerencia Regional de Salud de Cajamarca cuenta con un total de 8 Hospitales, ningún Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 122 Centros de Salud, 702 Puestos de Salud y 14 redes como se muestra en la tabla 14.

**Tabla 14. Establecimientos de Salud Cajamarca – 2017**



Establecimientos de Salud de Cajamarca	Categoría de Establecimiento de Salud											TOTAL	
	DIRESA	DISA	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	RED	SIN CAT.		
Centros de Salud					107	14						1	122
Hospital								7	1				8
Puestos de salud o postas			573	129									702
Instituto de salud especializados													0
Patología clínica (laboratorio)									1	1			2
Otros													0
Diresa	1												1
Disa		3											3
Red											14		14
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>573</b>	<b>129</b>	<b>107</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>852</b>	

Nota: La tabla es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MINSA (2019a)

Elaboración propia

Los hospitales son:

- a) Hospital Santa María de Cutervo.
- b) Hospital General de Jaén.
- c) Hospital José H. Soto Cadenillas – Chota.
- d) Hospital Regional Docente de Cajamarca.
- e) Hospital de Apoyo Cajabamba.
- f) Hospital de Apoyo de Celendín.
- g) Hospital Cajamarca.

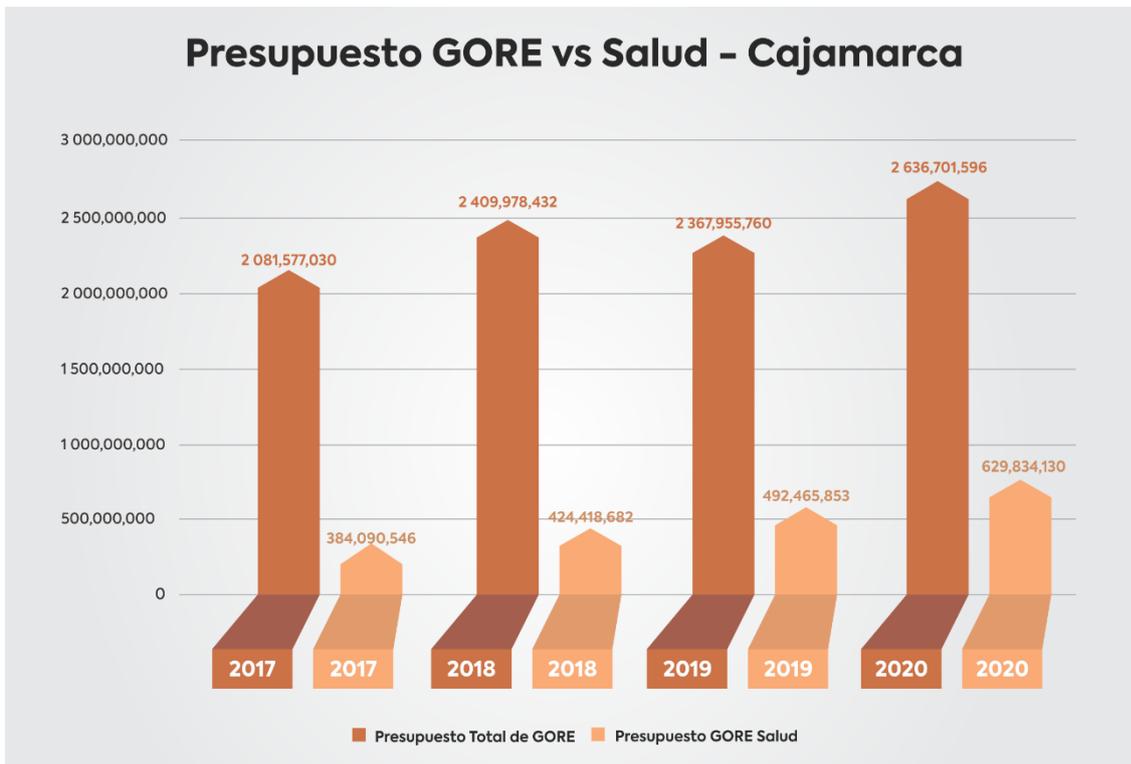
Redes de Salud

- a) Red I Contumazá.
- b) Red II Cajamarca.
- c) Red III Celendín.
- d) Red IV San Marcos.
- e) Red V Cajabamba.
- f) Red VI San Miguel.
- g) Red VII San Pablo.

### 3.2.5.3. Presupuesto

El Gobierno Regional del Departamento de Cajamarca - GORE Cajamarca, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020 destinó el 18.5%, 17.6%, 20.8% y 23.9%, respectivamente del total del presupuesto entre las 11 unidades ejecutoras en salud.

**Figura 27. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Cajamarca versus el Presupuesto asignado a Salud**



Nota: La figura es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

La tabla 15, muestra la distribución del presupuesto del GORE Cajamarca, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020, donde se detalla el porcentaje de ejecución del presupuesto para cada año fiscal que es de 85.1%, 81.1%, 87.1% y 86.6%, respectivamente.

Se observa que en el 2017 el GORE – Cajamarca recibió un presupuesto de S/. 2,081,572,030 soles, en el 2018 el presupuesto incrementó en S/. 328 millones de soles (S/. 2,409,978,432); para el 2019 hubo una disminución del presupuesto en menos S/42 millones de soles, respecto al año anterior (S/. 2,367,955,7609) y en el año 2020 el presupuesto volvió a incrementar en S/. 268 millones de soles (S/. 2,636,701,596).

La tabla 16, muestra la distribución del presupuesto de la unidad Ejecutora 400-785 Región Cajamarca – Salud. Se detalla que se destinó S/. 118,910,389 soles en el 2017; S/. 128,080,915 soles en el 2018, S/. 144,653,134 soles en el 2019 y S/. 136,290,963 soles en el

2020. Distribuido en las 13 categorías presupuestales como: programa articulado nutricional; salud materno neonatal; TBC-VIH/SIDA; enfermedades metaxénicas y zoonosis; enfermedades no transmisibles; prevención y control del cáncer; prevención y tratamiento del consumo de drogas; reducción de vulnerabilidad y atención de emergencia por desastre; reducción de la mortalidad por emergencia y urgencias médicas; prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad; control y prevención en salud mental; acciones centrales y asignación presupuestaria que no resultan en productos.

Se debe precisar que la categoría presupuestal prevención y tratamiento del consumo de drogas, no tuvo presupuesto los años 2017,2018 y 2019. Además, las acciones centrales y acciones presupuestales que no resultan en producto representan entre ambas el 26.68%, 31.0%, 28.0% y 55.0% del presupuesto total asignado para cada año fiscal.



**Tabla 15. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Cajamarca del 2017 al 2020**

Pliego 445: GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE CAJAMARCA	2017		2018		2019		2020	
	PIM	Avance %						
001-775: REGION CAJAMARCA-SEDE CENTRAL	172,105,598	34.5	250,267,370	38.7	142,613,990	63.1	189,818,016	39.3
002-776: REGION CAJAMARCA-CHOTA	46,390,792	44.6	58,826,234	47.5	43,484,094	44.5	36,065,826	66.8
003-777: REGION CAJAMARCA-CUTERVO	52,956,778	62.0	103,076,483	23.2	78,135,659	48.0	86,602,664	17.3
004-778: REGION CAJAMARCA-JAEN	72,154,397	36.3	85,671,801	28.8	95,666,513	22.1	93,794,848	24.3
005-1335: REGION CAJAMARCA - PROGRAMAS REGIONALES - PRO REGION	81,511,653	68.6	118,097,766	48.8	101,494,470	49.8	86,046,587	62.2
100-779: REGION CAJAMARCA-AGRICULTURA	64,538,545	49.5	66,803,003	61.8	49,855,920	83.1	30,261,244	89.6
200-780: REGION CAJAMARCA-TRANSPORTES	58,218,045	57.4	38,535,132	67.2	22,949,540	62.7	29,601,245	61.9
300-781: REGION CAJAMARCA-EDUCACION CAJAMARCA	43,127,299	97.7	48,633,393	93.5	47,090,820	98.8	47,737,986	98.7
301-782: REGION CAJAMARCA-EDUCACION CHOTA	123,769,934	99.6	135,732,282	98.5	144,425,013	94.3	157,706,848	99.8
302-783: REGION CAJAMARCA-EDUCACION CUTERVO	114,416,405	99.3	134,347,628	98.8	137,862,423	99.1	150,844,833	99.3
303-784: REGION CAJAMARCA-EDUCACION JAEN	155,035,819	99.7	162,792,082	99.2	174,526,638	99.8	188,927,326	99.9
304-1168: REGION CAJAMARCA - EDUCACION SAN IGNACIO	114,712,099	99.3	124,724,475	98.5	137,546,434	99.1	150,109,404	99.6
305-1353: GOB.REG. DE CAJAMARCA-EDUCACION UGEL SANTA CRUZ	48,707,600	98.8	57,986,885	98.7	56,909,918	99.0	61,996,002	99.4
306-1354: GOB.REG. DE CAJAMARCA-EDUCACION UGEL CAJABAMBA	56,635,316	98.7	62,345,839	97.7	68,425,229	98.9	72,444,234	99.6
307-1355: GOB.REG. DE CAJAMARCA-EDUCACION UGEL BAMBAMARCA	62,006,710	99.2	67,583,802	97.5	73,954,512	98.5	80,594,912	99.7
308-1379: GOB.REG. CAJAMARCA - EDUCACION UGEL CELENDIN	69,401,994	99.4	77,266,052	98.3	82,490,411	98.3	92,209,624	99.3
309-1380: GOB. REG. CAJAMARCA - EDUCACION UGEL CAJAMARCA	206,371,386	99.9	225,483,546	99.8	236,117,282	99.8	254,753,933	99.7
310-1381: GOB. REG. CAJAMARCA - EDUCACION UGEL SAN MARCOS	44,267,925	98.9	48,868,572	99.0	52,560,059	98.1	56,975,618	99.7
311-1382: GOB. REG. CAJAMARCA - EDUCACION UGEL CONTUMAZA	36,637,260	97.3	36,754,630	98.2	41,403,470	99.3	44,314,360	99.2
312-1383: GOB. REG. CAJAMARCA - EDUCACION UGEL SAN MIGUEL	49,603,407	99.5	56,041,603	98.2	59,169,873	99.2	65,025,993	97.9
313-1384: GOB. REG. CAJAMARCA - EDUCACION UGEL SAN PABLO	24,912,522	99.4	25,721,172	99.3	28,807,639	99.4	31,035,963	99.7
400-785: REGION CAJAMARCA-SALUD CAJAMARCA	118,910,389	90.6	128,080,915	96.4	144,653,134	91.0	136,290,963	95.8
401-786: REGION CAJAMARCA-SALUD CHOTA	45,694,105	98.0	41,135,222	95.5	43,664,505	98.8	48,592,804	99.2
402-787: REGION CAJAMARCA-SALUD CUTERVO	41,883,442	97.9	47,943,280	97.0	51,482,996	97.7	64,258,256	98.7
403-788: REGION CAJAMARCA-SALUD JAEN	42,913,963	98.0	49,096,129	97.5	56,930,424	94.2	65,503,299	97.9
404-999: REGION CAJAMARCA-HOSPITAL CAJAMARCA	62,309,921	98.4	68,834,701	97.2	82,226,907	94.4	95,156,153	93.1
405-1047: REGION CAJAMARCA-HOSPITAL GENERAL DE JAEN	19,602,380	98.5	19,155,699	97.4	22,314,494	97.5	59,521,269	87.2
406-1539: GOB. REG. CAJAMARCA - HOSPITAL JOSE H. SOTO CADENILLAS- CHOTA	14,787,238	99.4	15,567,398	96.9	15,906,766	97.8	20,601,817	97.6
407-1654: GOB. REG. CAJAMARCA - SALUD SAN IGNACIO	26,154,516	99.4	27,064,832	97.1	33,416,250	94.5	41,434,302	99.2
408-1662: GOB. REG. CAJAMARCA - SALUD HUALGAYOC - BAMBAMARCA	7,349,624	97.8	16,949,033	91.7	20,127,664	94.7	26,180,776	95.4
409-1671: GOB. REG. CAJAMARCA - SALUD SANTA CRUZ	4,484,968	94.9	10,591,473	91.3	12,865,040	93.3	14,744,246	94.2
410-1712: GOB. REG. DPTO. CAJAMARCA-SALUD CAJAMARCA- CAJAMARCA					8,877,673	91.8	57,550,245	93.5
<b>TOTAL</b>	<b>2,081,572,030</b>	<b>85.1</b>	<b>2,409,978,432</b>	<b>81.1</b>	<b>2,367,955,760</b>	<b>87.1</b>	<b>2,636,701,596</b>	<b>86.6</b>

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

**Tabla 16. Unidad Ejecutora 400-765 Región Cajamarca - Salud Cajamarca del 2017 al 2020**

**Presupuesto Unidad Ejecutora 400-785: REGIÓN CAJAMARCA-SALUD**

	2017		2018		2019		2020	
	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%
0001: Programa articulado nutricional	43,245,430	95.3	43,942,902	97.4	51,936,260	87.7	30,745,621	99.0
0002: Salud materno neonatal	25,474,471	95.2	26,303,605	98.0	29,577,124	91.7	13,494,618	98.4
0016: TBC-VIH/SIDA	2,890,006	98.1	3,350,293	95.9	3,519,692	99.1	4,878,853	99.9
0017: Enfermedades metaxenicas y zoonosis	2,397,177	95.5	2,716,448	99.7	2,644,735	99.0	2,716,884	100.0
0018: Enfermedades no transmisibles	4,349,866	96.4	5,631,599	96.8	8,470,846	90.7	4,846,843	99.9
0024: Prevención y control del cáncer	1,124,148	97.4	964,817	97.7	1,173,632	95.8	210,085	99.9
0051: Prevención y tratamiento del consumo de drogas							63,552	93.9
0068: Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	6,112,111	62.2	3,220,244	84.4	1,824,270	93.0	688,891	99.9
0104: Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medicas	20,000	97.6	20,000	99.9	1,575,095	4.6	2,077,452	81.2
0129: Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	517,797	98.7	567,370	99.8	1,095,995	99.7	450,578	99.9
0131: Control y prevención en salud mental	1,051,374	84.3	1,786,238	95.9	2,856,192	79.7	1,394,964	95.2
9001: Acciones centrales	12,263,343	97.9	20,326,971	97.8	25,263,559	98.7	25,499,834	98.6
9002: Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	19,464,666	75.5	19,250,428	91.9	14,715,734	95.1	49,222,788	91.1
<b>TOTAL</b>	<b>118,910,389</b>	<b>95.8</b>	<b>128,080,915</b>	<b>95.8</b>	<b>144,653,134</b>	<b>95.8</b>	<b>136,290,963</b>	<b>95.8</b>

Elaboración propia  
Fuente: Consulta amigable MEF recuperado el 28 de junio 2021

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

### 3.2.6. Dirección Regional de Salud de Pasco

De acuerdo con el Censo 2017 (INEI, 2018f, p. 25), el departamento de Pasco tiene 3 provincias, 29 distritos y 2,700 centros poblados, con una población de 254 mil 065 habitantes, encontrándose el 63.1% en el área urbana y el 36.9% en el área rural.

El 80.50% de la población de 5 y más años, manifestó que el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez es el castellano, seguido del 10.80% de la población que declaró haber aprendido quechua.

En auto identificación étnica el 43.4% de la población se reconoce como mestizo, mientras que el 37.7% se identifica como quechua y el 6.2 % como nativo o indígena de la Amazonía y el 3,8% como blanco. En tanto que, el 1,6% de la población se reconoce como aimara u otro pueblo indígena, afrodescendiente u otro.

### 3.2.6.1. Principales indicadores de salud

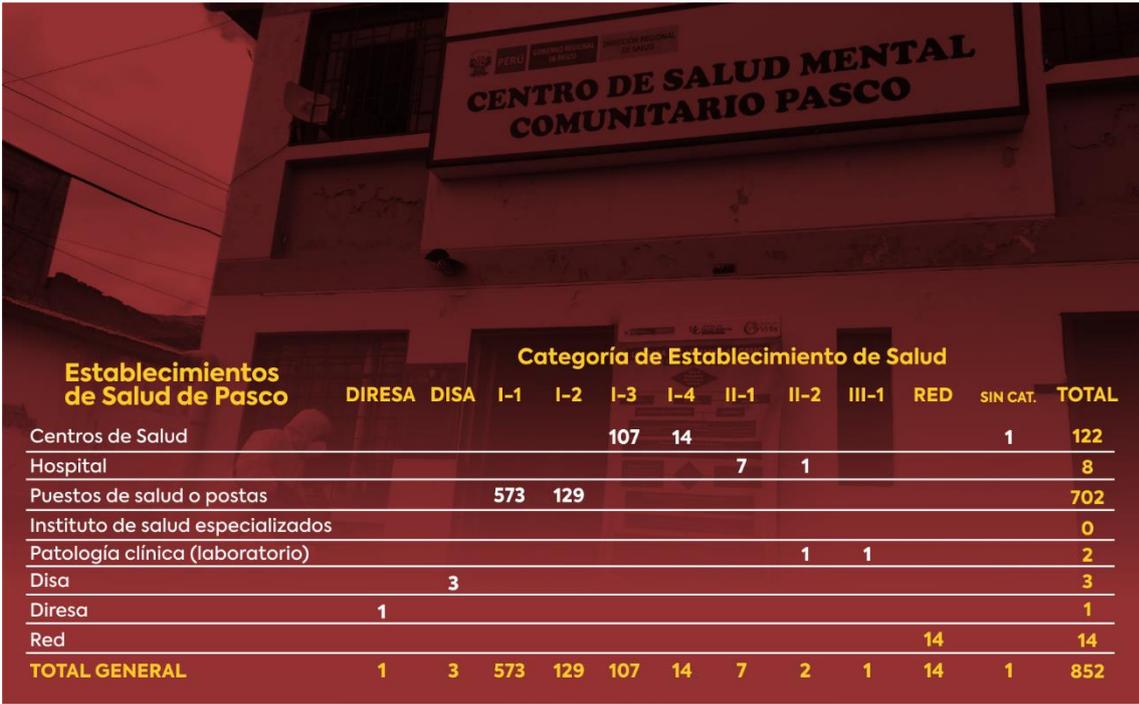
Mostraremos algunos de los principales indicadores para describir cómo se encuentra el Sistema de Salud en la región (INEI, s. f.).

- Esperanza de vida al nacer es de 75.3 años.
- 21% es tasa de mortalidad infantil (Para los 5 años anteriores a la ENDES).
- 16.0% de niños menores a 5 años tienen desnutrición crónica según el Patrón de Referencia OMS.
- 85.0% de la población cuenta con algún seguro de salud.
- 50.2% de los niños de 6 a 35 meses están con anemia.
- 9.8 % de la población presenta alguna dificultad o limitación permanente física o mental.
- 28.3% – 32.7% de la población está en situación de Pobreza Monetaria.
- 2.4% - 3.5% de la población está en situación de Pobreza Extrema Monetaria.
- 1,046 registros de defunciones inscritas vía ordinaria.

### 3.2.6.2. Infraestructura

La Dirección Regional de Salud de Pasco cuenta con un total de 7 Hospitales, ningún Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 122 Centros de Salud, 702 Puestos de Salud y 14 redes como se muestra en la tabla 17.

**Tabla 17. Establecimientos de Salud Pasco – 2017**



Establecimientos de Salud de Pasco	Categoría de Establecimiento de Salud											TOTAL	
	DIRESA	DISA	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	RED	SIN CAT.		
Centros de Salud				107	14							1	122
Hospital							7	1					8
Puestos de salud o postas			573	129									702
Instituto de salud especializados													0
Patología clínica (laboratorio)								1	1				2
Disa		3											3
Diresa	1												1
Red										14			14
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>573</b>	<b>129</b>	<b>107</b>	<b>14</b>	<b>7</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>1</b>		<b>852</b>

Nota: La tabla es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MINSA (2019a)

Elaboración propia

Los hospitales son:

- a) Hospital Regional Daniel Alcides Carrión.
- b) Hospital Román Egoavil Pando.
- c) Hospital Ernesto Guzmán Gonzales.
- d) Hospital de Apoyo Villa Rica.
- e) Hospital General de Oxapampa.

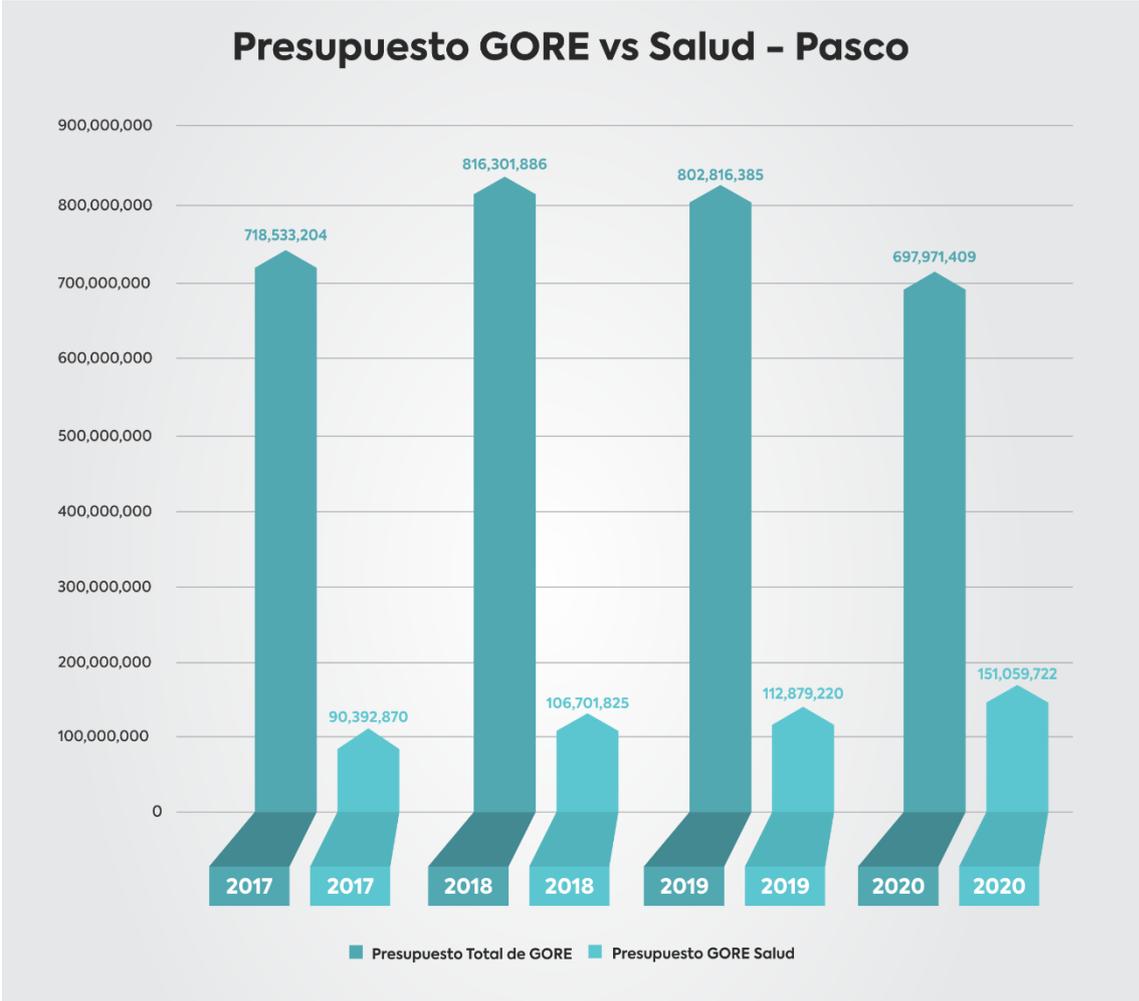
Redes de Salud

- a) Red de Salud Oxapampa.
- b) Red de Salud Pasco.
- c) Red de Salud Daniel Alcides Carrión.

### 3.2.6.3. Presupuesto

El Gobierno Regional del Departamento de Pasco - GORE Pasco, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020 destinó el 12.6%, 13.1%, 14.1% y 21.6%, respectivamente del total del presupuesto entre las 12 unidades ejecutoras en salud.

**Figura 28. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de Pasco versus el Presupuesto asignado a Salud**



Nota: La figura es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.  
 Fuente: MEF (s. f.)  
 Elaboración propia

La tabla 18, muestra la distribución del presupuesto del GORE Pasco, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020, donde se detalla el porcentaje de ejecución del presupuesto para cada año fiscal que es de 78.8%, 72.7%, 83.5% y 92.7%, respectivamente.

Se observa que en el 2017 el GORE – Pasco recibió un presupuesto de S/. 718,533,204 soles, en el 2018 el presupuesto incrementó en S/. 97 millones de soles (S/. 816,301,886); para el 2019 hubo una disminución del presupuesto en menos S/13 millones de soles (S/. 802,816,385) y en el año 2020 el presupuesto volvió a disminuir en S/. 104 millones de soles (S/. 697,971,409).

**Tabla 18. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de Pasco del 2017 al 2020**

Pliego 456: GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE PASCO	2017		2018		2019		2020	
	PIM	Avance %						
001-885: REGION PASCO-SEDE CENTRAL	343,279,788	61.0	389,173,930	50.2	359,337,585	71.4	203,994,625	84.9
002-1460: GOB. REG. DE PASCO - PASCO SELVA CENTRAL	10,060,545	91.9	18,703,165	79.2	30,658,682	68.8	16,209,093	95.3
003-1620: GOB. REG. DE PASCO - SUB REGION DANIEL ALCIDES CARRION	1,513,869	98.9	1,627,499	81.4	4,222,300	38.1	4,627,994	65.7
100-886: REGION PASCO-AGRICULTURA	7,694,938	99.4	13,634,901	64.4	9,570,799	73.7	8,917,170	99.3
200-887: REGION PASCO-TRANSPORTES	17,646,403	65.7	19,617,182	95.1	9,977,816	83.8	24,233,061	88.5
300-888: REGION PASCO-EDUCACION	27,234,808	98.6	27,408,173	99.3	25,668,041	97.8	24,203,081	98.7
301-1113: REGION PASCO - EDUCACION OXAPAMPA	86,294,211	98.2	92,708,083	97.4	95,080,372	97.7	102,100,136	99.1
302-1227: REGION PASCO - EDUCACION DANIEL A. CARRION	41,183,215	99.1	44,196,979	98.2	47,883,866	95.8	48,517,496	98.9
303-1461: GOB. REG. DE PASCO - UGEL PASCO	93,232,557	99.4	102,530,149	98.9	107,537,704	99.2	114,109,031	99.7
400-889: REGION PASCO-SALUD	38,823,374	87.3	47,902,350	84.1	47,869,363	93.4	54,268,028	93.6
401-890: REGION PASCO-SALUD HOSPITAL DANIEL A.CARRION	14,650,922	91.6	15,242,922	91.6	16,983,837	94.3	38,825,377	83.3
402-891: REGION PASCO-SALUD UTES OXAPAMPA	36,918,574	92.4	43,556,553	87.5	48,026,020	93.2	57,966,317	94.9
<b>TOTAL</b>	<b>718,533,204</b>	<b>78.8</b>	<b>816,301,886</b>	<b>72.7</b>	<b>802,816,385</b>	<b>83.5</b>	<b>697,971,409</b>	<b>92.7</b>

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

La tabla 19, muestra la distribución del presupuesto de la unidad Ejecutora 400-889 Región Pasco – Salud. Se detalla que se destinó S/. 38,823,374 soles en el 2017; S/. 47,902,350 soles en el 2018, S/. 47,869,363 soles en el 2019 y S/. 54,268,028 soles en el 2020. Distribuido en las 13 categorías presupuestales como: programa articulado nutricional; salud materno neonatal; TBC-VIH/SIDA; enfermedades metaxénicas y zoonosis; enfermedades no transmisibles; prevención y control del cáncer; prevención y tratamiento del consumo de drogas; reducción de vulnerabilidad y atención de emergencia por desastre; reducción de la mortalidad por emergencia y urgencias médicas; prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad; control y prevención en salud mental; acciones centrales y asignación presupuestaria que no resultan en productos.

Se debe precisar que la categoría presupuestal prevención y tratamiento del consumo de drogas, no tuvo presupuesto el año 2019. Además, las acciones centrales y acciones presupuestales que no resultan en producto representan entre ambas el 36.1%, 33.9, 29.7 y 44.8% del presupuesto total asignado para los años 2017, 2018, 2019, y 2020 respectivamente.

**Tabla 19. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región Pasco - Salud del 2017 al 2020**

<b>Presupuesto Unidad Ejecutora 400-889: REGIÓN PASCO-SALUD</b>								
	2017		2018		2019		2020	
	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%
0001: Programa articulado nutricional	11,429,112	85.1	14,622,516	80.5	16,295,690	95.4	13,786,697	93.7
0002: Salud materno neonatal	8,710,953	92.4	10,356,840	87.2	12,521,712	96.0	11,307,603	97.6
0016: TBC-VIH/SIDA	627,572	88.0	768,479	77.9	1,330,291	97.9	1,642,929	98.8
0017: Enfermedades metaxenicas y zoonosis	974,914	97.7	1,082,525	96.4	193,750	86.9	208,894	99.6
0018: Enfermedades no transmisibles	1,760,279	64.1	2,715,165	91.2	1,297,048	86.6	921,498	74.1
0024: Prevención y control del cáncer	364,835	74.5	386,711	54.3	259,999	99.2	203,636	70.6
0051: Prevención y tratamiento del consumo de drogas	18,441	98.8	8,000	0.0			197,907	64.5
0068: Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	380,617	93.9	380,617	71.1	378,511	95.2	200,972	96.4
0104: Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medicas	57,396	44.6	22,749	0.0			22,000	92.1
0129: Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	50,000	99.8	50,000	100.0	317,730	91.2		
0131: Control y prevención en salud mental	446,284	85.6	1,255,070	68.3	1,062,900	87.1	1,467,202	80.7
9001: Acciones centrales	9,274,514	96.5	8,649,528	97.2	8,882,762	93.2	8,769,625	96.2
9002: Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	4,728,457	72.3	7,604,150	73.3	5,328,970	83.4	15,539,065	91.6
<b>TOTAL</b>	<b>38,823,374</b>	<b>87.3</b>	<b>47,902,350</b>	<b>84.1</b>	<b>47,869,363</b>	<b>93.4</b>	<b>54,268,028</b>	<b>93.6</b>

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

### 3.2.7. Gerencia Regional de Salud de La Libertad

De acuerdo con el Censo 2017 (INEI, 2018g, p. 25), el departamento de La Libertad tiene 12 provincias, 83 distritos y 3,506 centros poblados, con una población de 1 millón 778 mil 080 habitantes, encontrándose el 78.9% en el área urbana y el 21.1% en el área rural.

El 99.0% de la población de 5 y más años, manifestó que el idioma o lengua materna con el que aprendió a hablar en su niñez es el castellano.

En auto identificación étnica el 75.2% de la población se reconoce como mestizo, mientras que el 10.5% se identifica como blanco.

#### 3.2.7.1. Principales indicadores de salud

Mostraremos algunos de los principales indicadores para describir como se encuentra el Sistema de Salud en la región (INEI, s. f.).

- Esperanza de vida al nacer es de 78.4 años.
- 11% es tasa de mortalidad infantil (Para los 5 años anteriores a la ENDES).
- 12.7% de niños menores a 5 años tienen desnutrición crónica según el Patrón de Referencia OMS.
- 72.8% de la población cuenta con algún seguro de salud.

- 34.2% de los niños y niñas de 6 a 35 meses están con anemia.
- 9.0 % de la población presenta alguna dificultad o limitación permanente física o mental.
- 21.9% – 25.3% de la población está en situación de Pobreza Monetaria.
- 5.8% - 7.9% de la población está en situación de Pobreza Extrema Monetaria.
- 9,258 registros de defunciones inscritas vía ordinaria.

### 3.2.7.2. Infraestructura

La Dirección Regional de Salud de La Libertad cuenta con un total de 19 Hospitales, ningún Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas, 77 Centros de Salud, 219 Puestos de Salud y 12 redes como se muestra en la tabla 20.

**Tabla 20. Establecimientos de Salud La Libertad – 2017**



Establecimientos de Salud de La Libertad	Categoría de Establecimiento de Salud										TOTAL	
	DIRESA	I-1	I-2	I-3	I-4	II-1	II-2	III-1	RED	SIN CAT.		
Centros de Salud				52	20						5	177
Hospital							19	2	2			23
Puestos de salud o postas	67	148									4	219
Instituto de salud especializados												0
Patología clínica (laboratorio)											1	1
Atención pre hospitalaria											1	1
Diresa	1											1
Red											12	12
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>1</b>	<b>67</b>	<b>148</b>	<b>52</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>14</b>	<b>11</b>	<b>334</b>	

Nota: La tabla es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MINSA (2019a)

Elaboración propia

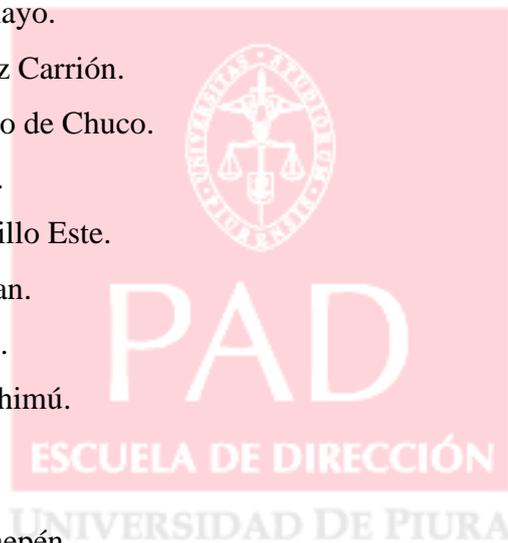
Los hospitales son:

- Hospital Regional Docente Trujillo.
- Hospital Belén de Trujillo.
- Hospital Especialidades Médicas Belén.
- Hospital Víctor Lazarte Echegaray.

- e) Hospital G.B.L Prado – Huamachuco.
- f) Hospital de Apoyo de Otuzo Elpidio Berovi.
- g) Hospital Andino Alto Chicama Coina.
- h) Hospital Local la Fora Guadalupe.
- i) Hospital César Vallejo Mendoza.
- j) Hospital de Apoyo II Chocope.
- k) Hospital Casa Grande.
- l) Hospital San Francisco de Cartavio.
- m) Hospital de Apoyo Chepén.
- n) Hospital Norte – Ascope.
- o) Hospital Trujillo Sur Oeste.
- p) Hospital Pacasmayo.
- q) Hospital Sánchez Carrión.
- r) Hospital Santiago de Chuco.
- s) Hospital Otuzco.
- t) Hospital de Trujillo Este.
- u) Hospital de Julcan.
- v) Hospital de Virú.
- w) Hospital Gran Chimú.

Redes de Salud

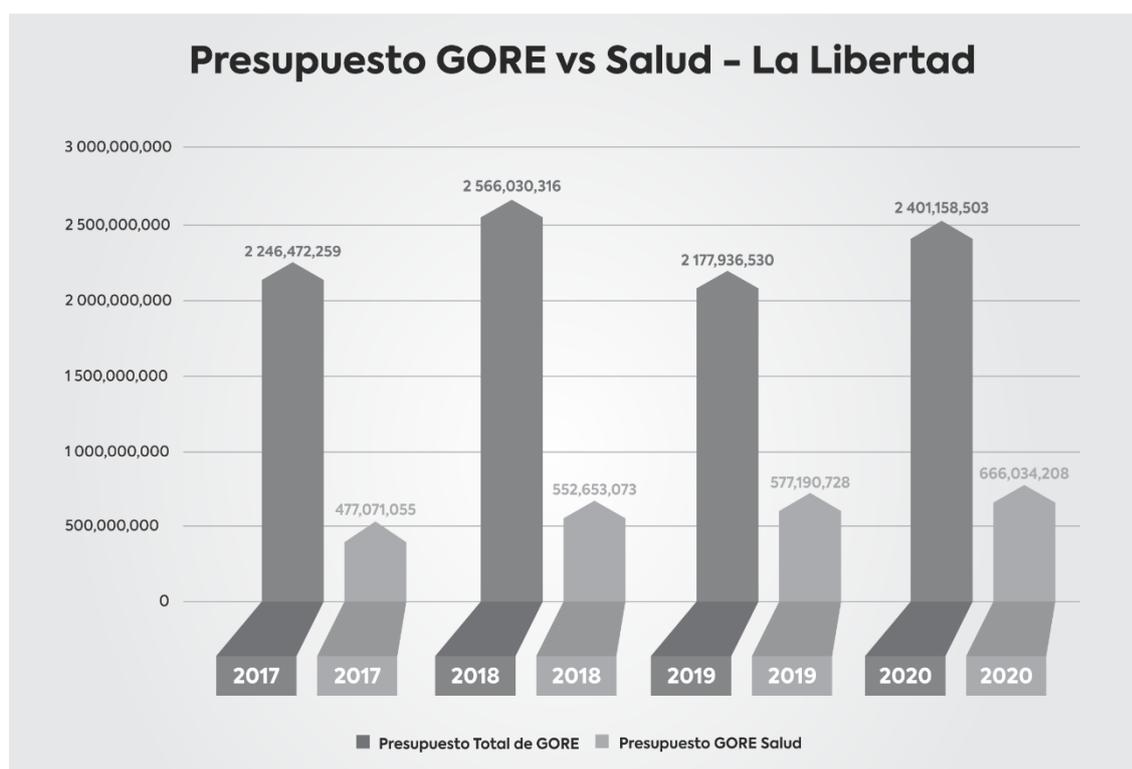
- a) Red de Salud Chepén.
- b) Red de Salud Ascope.
- c) Red de Salud Bolívar.
- d) Red de Salud Gran Chimú.
- e) Red de Salud Otuzco-Julcán.
- f) Red de Salud Pataz.
- g) Red de Salud Sánchez Cerro.
- h) Red de Salud Santiago de Chuco.
- i) Red de Salud Trujillo Belén.
- j) Red de Salud Trujillo Regional.
- k) Red de Salud Virú.



### 3.2.7.3. Presupuesto

El Gobierno Regional del Departamento de La Libertad - GORE La Libertad, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020 destinó el 21.2%, 21.5%, 26.5% y 27.7%, respectivamente del total del presupuesto entre las 8 unidades ejecutoras en salud.

**Figura 29. Presupuesto de Gobierno Regional del Departamento de La Libertad versus el Presupuesto asignado a Salud**



Nota: La figura es un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

La tabla 21, muestra la distribución del presupuesto del GORE La Libertad, entre los años 2017, 2018, 2019 y 2020, donde se detalla el porcentaje de ejecución del presupuesto para cada año fiscal que es de 78.2%, 72.2%, 89.3% y 90.7%, respectivamente.

Se observa que en el 2017 el GORE – La Libertad recibió un presupuesto de S/. 2,246,472,259 soles, en el 2018 el presupuesto incrementó en S/. 319 millones de soles (S/. 2,566,030,316); para el 2019 hubo una disminución del presupuesto en menos S/388 millones de soles, respecto al año anterior (S/. 2,177,936,530) y en el año 2020 el presupuesto volvió a incrementar en S/. 223 millones de soles (S/. 2,401,158,503).

**Tabla 21. Presupuesto del Gobierno Regional de Departamento de La Libertad del 2017 al 2020**

Pliego 451: GOBIERNO REGIONAL DEL DEPARTAMENTO DE LA LIBERTAD	2017		2018		2019		2020	
	PIM	Avance %						
001-831: REGION LA LIBERTAD-SEDE CENTRAL	340,509,816	67.9	355,469,135	49.3	256,805,421	60.6	253,481,240	65.2
005-1134: REGION LA LIBERTAD-PROYECTO ESPECIAL CHAVIMOCHIC	408,212,529	22.5	534,476,573	14.1	109,207,150	56.4	126,157,848	43.1
100-832: REGION LA LIBERTAD-AGRICULTURA	12,728,679	96.1	12,147,768	91.2	30,441,335	53.9	41,426,498	97.0
200-833: REGION LA LIBERTAD-TRANSPORTES	14,230,211	90.7	14,016,275	82.4	16,089,993	88.0	14,737,625	67.5
300-834: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION	162,160,027	98.3	167,564,314	98.9	169,664,571	98.4	169,913,117	98.8
301-835: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION CHEPEN	52,004,079	98.3	53,418,705	99.0	57,722,935	97.6	66,347,371	98.8
302-836: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION PACASMAYO	58,764,839	98.7	62,846,516	98.8	66,654,388	97.9	74,316,567	99.1
303-837: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION ASCOPE	70,384,102	99.5	77,844,131	99.7	83,023,973	99.7	91,502,310	99.7
304-838: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION GRAN CHIMU	30,956,109	99.2	33,548,186	98.5	37,309,474	99.8	39,677,459	98.2
305-839: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION OTUZCO	56,537,605	99.5	63,783,882	98.7	70,239,714	98.4	78,000,041	98.4
306-840: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION SANTIAGO DE CHUCO	42,159,483	99.0	48,210,177	99.1	54,505,504	99.0	57,735,281	98.5
307-841: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION SANCHEZ CARRION	101,227,038	99.2	115,981,337	99.0	129,191,058	99.0	145,641,014	99.3
308-842: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION PATAZ	67,231,664	99.4	75,603,362	99.1	85,713,024	99.3	93,154,877	99.7
309-843: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION BOLIVAR	16,019,733	99.6	17,381,936	99.1	18,406,238	99.7	20,281,737	99.1
310-844: REGION LA LIBERTAD-COLEGIO MILITAR RAMON CASTILLA	5,663,844	98.1	5,728,632	99.2	6,183,611	96.7	5,919,120	85.9
311-988: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION JULCAN	29,335,941	98.4	33,687,993	99.0	35,828,229	98.3	39,097,830	98.5
312-1307: REGION LA LIBERTAD-EDUCACION VIRU	33,762,466	99.6	38,302,003	99.1	41,758,452	99.5	49,360,929	99.2
313-1485: GOB. REG. DE LA LIBERTAD - EDUCACION EL PORVENIR	64,107,058	99.2	73,051,356	99.0	80,872,153	98.1	89,208,676	99.1
314-1486: GOB. REG. DE LA LIBERTAD - EDUCACION LA ESPERANZA	65,859,644	99.0	74,012,136	98.9	77,870,084	98.9	88,425,266	97.9
315-1487: GOB. REG. DE LA LIBERTAD - EDUCACION TRUJILLO NOR OESTE	64,393,349	98.8	73,031,453	98.9	80,536,189	98.5	90,409,841	98.9
316-1488: GOB. REG. DE LA LIBERTAD - EDUCACION TRUJILLO SUR ESTE	73,152,988	99.0	83,271,373	99.1	92,722,306	98.9	100,329,648	99.0
400-845: REGION LA LIBERTAD-SALUD	58,047,159	87.7	61,899,447	88.2	60,655,680	85.4	67,304,824	87.1
401-846: REGION LA LIBERTAD-INSTITUTO REGIONAL DE OFTALMOLOGIA	21,323,452	88.7	28,100,744	81.1	26,941,575	73.2	22,106,387	75.8
402-847: REGION LA LIBERTAD-SALUD NORTE ASCOPE	85,722,796	83.9	94,379,279	82.3	92,423,578	88.4	113,483,879	93.9
403-848: REGION LA LIBERTAD-SALUD TRUJILLO SUR OESTE	77,679,556	88.2	93,609,519	88.3	85,783,085	95.0	101,588,668	95.8
404-849: REGION LA LIBERTAD-SALUD CHEPEN	19,916,335	94.4	23,921,318	92.9	27,139,057	95.0	32,459,752	95.3
405-850: REGION LA LIBERTAD-SALUD PACASMAYO	21,906,914	92.9	24,574,663	94.6	26,612,219	97.2	32,402,838	97.8
406-851: REGION LA LIBERTAD-SALUD SANCHEZ CARRION	21,908,228	91.0	27,219,139	93.4	33,358,112	93.4	33,392,949	95.8
407-852: REGION LA LIBERTAD-SALUD SANTIAGO DE CHUCO	12,897,407	90.8	13,900,367	93.2	15,387,872	95.8	16,273,359	95.1
408-853: REGION LA LIBERTAD-SALUD OTUZCO	19,714,343	93.0	22,965,060	93.7	24,351,415	92.9	27,790,073	92.2
409-854: REGION LA LIBERTAD-SALUD TRUJILLO ESTE	72,345,539	90.6	85,450,506	92.4	105,496,317	90.8	123,745,881	93.7
410-1282: R.LA LIBERTAD- INST. REG.ENFERMEDADES NEOPLASICAS "LUIS PINILLOS GANOZA"	30,328,223	95.0	35,666,403	96.1	36,341,106	95.1	41,556,522	97.0
411-1616: GOB. REG. DE LA LIBERTAD - SALUD JULCAN	5,754,072	95.9	7,656,421	94.1	6,658,491	91.1	8,167,692	96.6
412-1617: GOB. REG. DE LA LIBERTAD - SALUD VIRU	9,604,701	92.6	10,484,551	90.3	11,982,823	95.5	16,535,299	95.4
413-1618: GOB. REG. DE LA LIBERTAD - SALUD ASCOPE	12,990,904	84.0	15,605,173	90.6	17,240,469	90.6	20,815,869	94.9
414-1619: GOB. REG. DE LA LIBERTAD - SALUD GRAN CHIMU	6,931,426	92.8	7,220,483	92.6	6,818,929	93.2	8,410,216	98.9
<b>TOTAL</b>	<b>2,246,472,259</b>	<b>78.2</b>	<b>2,566,030,316</b>	<b>72.2</b>	<b>2,177,936,530</b>	<b>89.3</b>	<b>2,401,158,503</b>	<b>90.7</b>

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

La tabla 22, muestra la distribución del presupuesto de la unidad Ejecutora 400-845 Región La Libertad – Salud. Se detalla que se destinó S/. 58,047,159 soles en el 2017; S/. 61,899,447 soles en el 2018, S/. 60,655,680 soles en el 2019 y S/. 67,304,824 soles en el 2020. Distribuido en las 13 categorías presupuestales como: programa articulado nutricional; salud materno neonatal; TBC-VIH/SIDA; enfermedades metaxénicas y zoonosis; enfermedades no transmisibles; prevención y control del cáncer; prevención y tratamiento del consumo de drogas; reducción de vulnerabilidad y atención de emergencia por desastre; reducción de la mortalidad por emergencia y urgencias médicas; prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad; control y prevención en salud mental; acciones centrales y asignación presupuestaria que no resultan en productos.

Las acciones centrales y acciones presupuestales que no resultan en producto representan entre ambas el 40.1%, 49.9%, 47.9 y 58.3% del presupuesto total asignado para los años 2017, 2018 y 2019 y 2020 respectivamente.

**Tabla 22. Presupuesto Unidad Ejecutora 400-765 Región La Libertad - Salud del 2017 al 2020**

	2017		2018		2019		2020	
	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%	PIM	Avance%
0001: Programa articulado nutricional	12,390,526	95.5	14,054,174	97.7	14,764,031	98.6	14,329,642	98.7
0002: Salud materno neonatal	6,882,794	97.7	8,129,479	97.2	8,733,717	96.4	6,697,152	98.8
0016: TBC-VIH/SIDA	1,987,465	99.6	2,596,862	98.6	2,869,510	98.7	1,701,165	99.1
0017: Enfermedades metaxenicas y zoonosis	2,879,608	94.4	363,798	95.2	225,950	93.9	1,531,783	93.9
0018: Enfermedades no transmisibles	490,851	96.7	608,709	97.3	1,112,878	78.7	424,101	97.3
0024: Prevención y control del cáncer	399,619	91.5	447,268	93.3	451,745	97.5	268,847	97.7
0051: Prevencion y tratamiento del consumo de drogas	260,000	84.2	284,305	92.4	206,670	92.7	68,568	99.0
0068: Reducción de vulnerabilidad y atención de emergencias por desastres	5,288,495	95.8	853,826	83.7	726,022	95.7	654,157	95.0
0104: Reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias medicas	1,315,341	96.8	1,292,457	99.7	1,649,385	90.5	1,673,759	91.7
0129: Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad	1,000	100.0	1,000	70.0	2,500	30.7	10,800	60.5
0131: Control y prevención en salud mental	2,855,535	97.8	2,398,275	93.4	829,260	91.6	734,238	98.2
9001: Acciones centrales	8,338,184	92.9	10,910,937	96.1	10,400,083	90.8	10,762,965	92.0
9002: Asignaciones presupuestarias que no resultan en productos	14,957,741	64.8	19,958,357	70.3	18,683,929	63.5	28,447,647	74.5
<b>TOTAL</b>	<b>58,047,159</b>	<b>87.7</b>	<b>61,899,447</b>	<b>88.2</b>	<b>60,655,680</b>	<b>85.4</b>	<b>67,304,824</b>	<b>81.7</b>

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia



## Capítulo 4. Análisis de la gestión directiva

A continuación, contrastaremos y analizaremos la gestión directiva en salud incorporando algunos elementos que son relevantes de cara a la toma de decisiones por criterios en cada una de las acciones directivas desarrolladas en el marco teórico de la presente investigación.

### 4.1. Análisis de las dimensiones de la dirección o gerencia

#### 4.1.1. Dimensión estratégica

Tal como se ha resumido en el primer capítulo, la dimensión estratégica de la gestión directiva hace referencia a las actividades que definen operacionalmente el propósito, sobre todo en los espacios que no son definidos formalmente. Esta se desarrolla cuando el directivo descubre metas u objetivos inmediatos, cuyo logro permitirá la obtención de un alto valor para los productos o servicios que generará la organización (Pérez, 2018, p. 134). Bajo esta dimensión, el directivo debería apuntar a ser un “descubridor de oportunidades”.

Además, el directivo debe tener la capacidad para aumentar la eficacia para incrementar el valor del servicio que se brinda como organización, logrando mejorar la eficacia sin deteriorar la unidad ni la competencia distintiva. (Ferreiro y Alcázar, 2017, p. 175).

Teniendo en cuenta la información obtenida, se puede afirmar que las gerencias y direcciones regionales estudiadas, el gobierno de la organización formal depende estructuralmente de una organización mayor que es la estructura regional, la complejidad de la organización regional condiciona la toma de decisiones de la GERESA o DIRESA así se tiene que en la mayoría de los casos el subsistema de salud regional depende de una Gerencia de Desarrollo Social y esta a su vez de una Gerencia General Regional y esta de la Gobernación Regional.

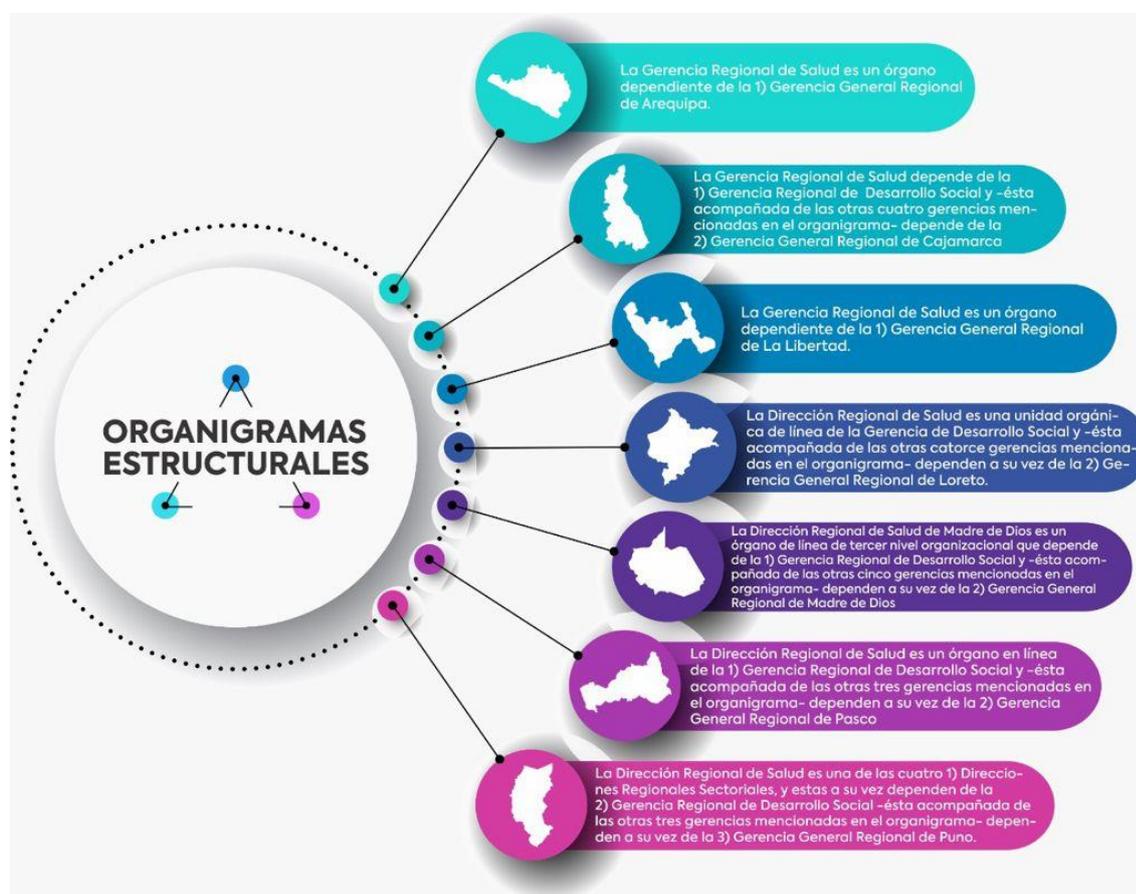
Este posicionamiento, burocrático, vertical y ampuloso condiciona la toma de decisiones, la implementación y evaluación de cada Gerencia y Dirección Regional que a su vez es una unidad ejecutora.

Una Unidad Ejecutora cuenta con un nivel de desconcentración administrativa que le permite, a. determina y recauda ingresos; b. contrae compromisos, devenga gastos y ordena pagos con arreglo a la legislación aplicable; c. registra la información generada por las acciones y operaciones realizadas; d. informa sobre el avance y/o cumplimiento de metas; e. recibe y ejecuta desembolsos de

operaciones de endeudamiento; y/o f. se encarga de emitir y/o colocar obligaciones de deuda. Para el Ministerio de Economía y Finanzas, la Unidad Ejecutora constituye el nivel descentralizado u operativo en las entidades públicas. (Ley N° 28112, 2003).

Si bien es cierto los subsistemas GERESAS/ DIRESAS son unidades ejecutoras, estas generalmente no ejecutan directamente infraestructura sanitaria se ejecuta a través de la Gerencia de Infraestructura del Gobierno Regional, que tiene mayor capacidad resolutive, ¿es posible imaginar la cantidad de procesos administrativos, que permitan implementar la decisión de ejecutar una posta de salud? ¿Más aún cuando estructuralmente las gerencias y direcciones de salud se encuentran relegadas a un tercer nivel en la escala burocrática regional?

**Figura 30. Organigramas de los gobiernos regionales**



Nota: Figura basada en los diversos Planes Regionales de Desarrollo Concertado de cada Región.

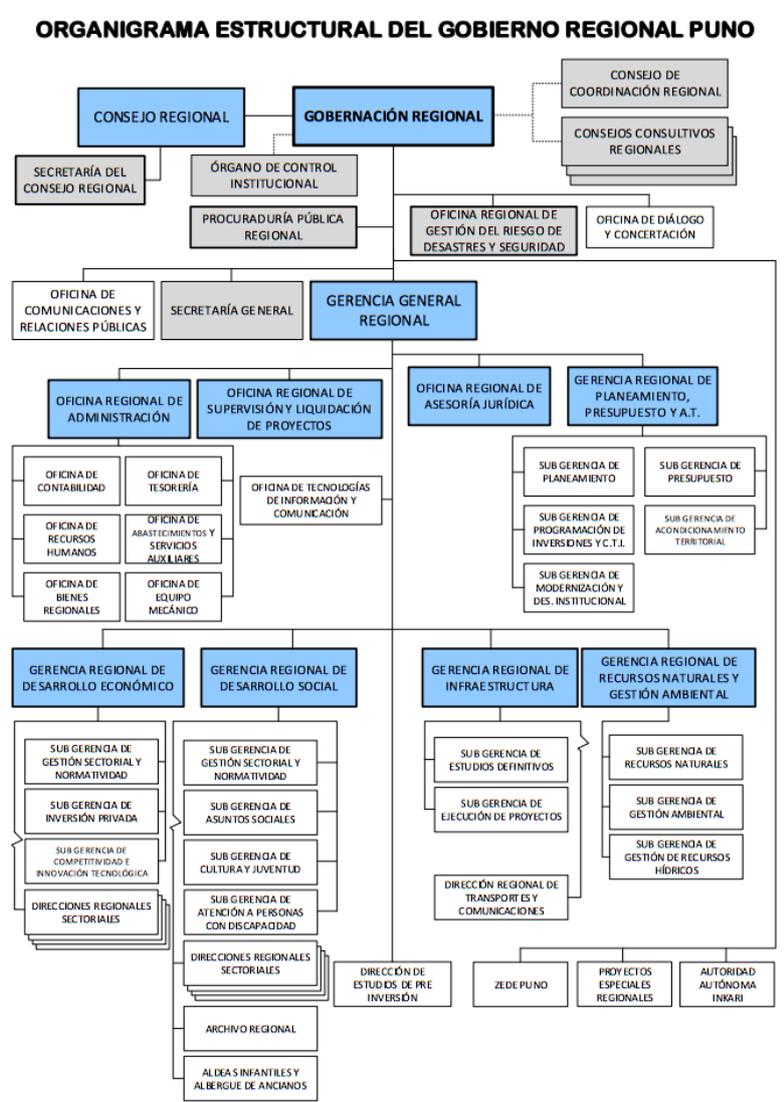
Fuente: Gobierno Regional de Arequipa (2021), Gobierno Regional Cajamarca (2010), Gobierno Regional La Libertad (2016), Gobierno Regional Madre de Dios (2015), Gobierno Regional Pasco (2015), Gobierno Regional de Loreto (2015), Gobierno Regional de Puno (2013).

Elaboración propia

Los organigramas de las diferentes gerencias y direcciones regionales de salud son elaborados por sus respectivos Gobiernos Regionales en virtud de la Ley N° 27783 (2002), Ley

de Bases de Descentralización que le otorga autonomía administrativa y la Ley N° 27867 (2002), Ley Orgánica de Gobiernos Regionales de las que nos hemos ocupado ampliamente líneas arriba, por lo que el criterio es limitado el criterio de eficacia en esta dimensión.

**Figura 31. Organigrama estructural del Gobierno Regional de Puno**



Fuente: Gobierno regional de Puno (s. f.)

Como se evidencia del organigrama del Gobierno Regional de Puno, tiene una estructura formal adversa, en entrevista (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021) con el Dr. Walter Oporto, Director Regional de Salud Puno en la fecha planteaba algunas reflexiones respecto a la organización y su estructura formal:

A ver, en principio, esta es una Dirección Regional de Salud que es diferente a una Gerencia Regional de Salud. ¿Cuál es la diferencia? La diferencia es que una Gerencia Regional de Salud por el mismo concepto de gerencia, tiene la facultad de diseñar políticas públicas en salud. El diseño de políticas públicas y,

por supuesto, su implementación. En cambio, una Dirección Regional de Salud lo que hace es ejecutar una política pública ya diseñada, ya sea desde el Ministerio de Salud o desde la Gerencia General, la Gerencia de Desarrollo Social. Entonces, ahí hay una primera, digamos, diferencia. Sin embargo, por delegación del Gobierno Regional, aquí hay DIRESA Puno y sí diseñamos políticas públicas; por ejemplo, la que actualmente está en vigencia es para poder contener al problema de la pandemia y afortunadamente, yo creo que, comparando con otras regionales, nos va bastante bien porque la región Puno, en estos momentos, tiene la tasa de mortalidad la menor en todo el país. Entonces, esta es la principal característica de qué es una DIRESA.

En la misma línea y consultados respecto a este tema la Ex ministra de Salud Dra. Silvia Pessah Eljay y el Ex Director Regional de Salud de Arequipa Dr. Leonardo Chirinos- panel del grupo focal de expertos de la presente investigación- coincidieron en señalar que la denominación no incide en la gestión subnacional en salud, sin embargo, la tramitología y burocracia ralentiza los procesos y le añade sobre costo a la inversión pública, entre otros males.

Respecto a la posibilidad de generar un proceso de cambio, el director de Salud de Puno añade:

Lo otro que acá siempre tratamos de hacer una gerencia plana, una gerencia horizontal, participativa, democrática, porque creo que todos los trabajadores tienen algo que decir. A diferencia, de repente, de otras gestiones donde, generalmente, por cuestiones de tiempo, de costumbres, de conflictos, son los jefes los que toman la decisión y se implementa. Acá tratamos de que los directores tomen también decisión, los trabajadores tomen también decisiones y sí tenemos reuniones muy frecuentes a la semana para que todos expresen sus inquietudes y también planteen soluciones. Entonces, la gerencia plana, horizontal es fundamental. No se tiene la costumbre por organización, por cuestiones ajenas, incluso, no se tiene la costumbre, pero así debería ser. (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

En tanto la estructura formal que presentamos se mantenga (ponemos a consideración los organigramas referidos a los Gobiernos Regionales de Arequipa, Cajamarca, La Libertad, Loreto, Madre de Dios, y Pasco en los anexos adjuntos al presente trabajo de investigación) el costo de la salud será mayor.

El gestor regional es el llamado a revertirla, cuenta con el marco legal que lo faculta, la demanda ciudadana que la necesita. ¿Por qué no la implementa? Porque no tiene los recursos,

o teniéndolos no tiene la capacidad de llevarla adelante o no quiere porque no está lo suficientemente motivado.

En la dimensión estratégica se tiene además que, respecto al presupuesto de cada Gerencia o Dirección Regional de Salud, se puede observar que el año 2020 significó un hito. Como producto del Estado de Emergencia por el COVID-19, todas las regiones estudiadas incrementaron su presupuesto destinado para el sector salud. Asimismo, incrementaron al menos, la quinta parte (20%) de todo su presupuesto para la Gerencia o Dirección Regional de Salud de su circunscripción.

Durante el 2020, la región que destinó un mayor porcentaje de su presupuesto fue Madre de Dios, con el 31%. Esta región históricamente ha destinado, al menos el 23% de su presupuesto para la salud, también es una de las regiones con mayor presupuesto.

**Tabla 23. Presupuesto destinado a salud en la Región Madre de Dios**

MADRE DE DIOS			
Años	Presupuesto de GORE	Presupuesto de Salud	%
2017	365,128,467	90,595,690	25%
2018	445,334,356	101,091,192	23%
2019	495,428,155	119,150,220	24%
2020	435,480,788	136,746,011	31%

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

Cruzando indicadores al 31 de diciembre del año 2020, fecha que circunscribe nuestra investigación se tiene que la región de Madre de Dios tenía uno de los índices más bajos de letalidad del país, uno de los departamentos con menores rangos de contagiados por COVID-19 9,603 personas, si bien es cierto no está acreditada la relación presupuesto- gestión, no cabe duda que cada uno de los puntos porcentuales de presupuesto (para el caso de Madre de Dios 4 millones 354mil 807 nuevos soles) ha sido un factor que ha podido incidir favorablemente en la prestación del servicio sanitario.

**Tabla 24. Presupuesto destinado a salud en la Región Pasco**

PASCO			
Años	Presupuesto de GORE	Presupuesto de Salud	%
2017	718,533,204	90,392,870	13%
2018	816,301,886	106,701,825	13%
2019	802,816,385	112,879,220	14%
2020	697,971,409	151,059,722	22%

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

Pasco es la región que ha dedicado menor porcentaje de su presupuesto regional al sector salud (entre 13% y 22%). Esto es evidentemente perjudicial para esta región, sin embargo, se debe considerar que es una de las circunscripciones que menor presupuesto tiene en general. En términos monetarios, las Direcciones Regionales de Salud de Pasco y Madre de Dios son las que cuentan con menor presupuesto respecto a las otras 5 regiones objeto de estudio.

**Tabla 25. Presupuesto destinado a salud en la Región La Libertad**

LA LIBERTAD			
Años	Presupuesto de GORE	Presupuesto de Salud	%
2017	2,246,472,259	477,071,055	21%
2018	2,544,030,316	552,653,073	22%
2019	2,177,936,530	577,190,728	27%
2020	2,401,158,503	666,034,208	28%

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

Las regiones de La Libertad, y Arequipa están en la misma ratio, son regiones que geopolíticamente su población se concentra en la capital del departamento por encima del 80%. Al 31 de diciembre del 2020 la cifra de letalidad a causa del COVID-19 en la región de La Libertad era 2478 fallecidos una de las más altas en el ranking nacional en el caso de Arequipa 1628 familias enlutadas una cifra considerablemente alta.

Un comentario aparte es que los GORES de la Libertad y Arequipa son los que mayor asignación presupuestal reciben cada punto porcentual del presupuesto del presupuesto de la Región Arequipa es 25 millones 621mil 624 nuevos soles, es 5 veces superior a lo que percibe Madre de Dios, evidentemente se debe considerar algunos criterios técnicos como densidad poblacional entre otros.

**Tabla 26. Presupuesto destinado a salud en la Región Arequipa**

AREQUIPA			
Años	Presupuesto de GORE	Presupuesto de Salud	%
2017	2,339,318,673	428,765,568	18%
2018	2,473,506,318	485,555,928	20%
2019	2,386,260,649	528,680,732	22%
2020	2,562,169,948	670,713,433	26%

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

Un tema que la investigación no incorpora es la eficiencia en la calidad de gasto, la oportunidad en el mismo y hacer un comparativo de las transferencias de las que es objeto. Por otro lado, tampoco se especifica cuanto del presupuesto asignado es para gasto corriente y gasto de inversión, teniendo claro que es casi el 80% del mismo atribuible a la operación de la gestión regional.

En julio del año 2020 y cuando la Pandemia por el COVID-19 golpeaba a la población arequipeña, el oxígeno elemental elemento para la vida y el tratamiento era escaso al igual que las esperanzas de los pobladores, el Gobierno Regional de Arequipa no podía acceder al presupuesto asignado por el gobierno nacional.

Sí, hay debilidades, por ejemplo lo que pasa en salud, se hacen los requerimientos y el Gobierno, en el ánimo de hacer una especie de ahorro a compras a menor costo, por grandes insumos, hacen compras corporativas a nivel nacional; pero qué sucede, que llegan los meses de Julio, Agosto y Septiembre, y muchas veces por alguna razón las empresas no cumplen los contratos de insumos, entonces se les cae el proceso, como le decimos nosotros; y ese presupuesto que hace a nivel nacional, lo reparte a las regiones, lo devuelven a las regiones, y en las regiones ya tienen dificultades para utilizar el presupuesto, porque hay que hacer procesos que duran de tres a cuatro meses y se les devuelve en septiembre, octubre; ya no alcanza tiempo para poder ejecutarlos, entonces ese dinero tiene que devolverse al tesoro público. Esa es una de las debilidades que nosotros detectamos y tiene que corregirse y la otra debilidad se dan en las partidas definidas por la ley de presupuesto, alguna vez nosotros comentábamos que había la necesidad de flexibilizar un poco el objeto del gasto de las mismas, le pongo un ejemplo: si le dan para que compre oxígeno, se me ocurre, le dan un presupuesto para eso, pero Ud., ya tiene su contrato

establecido y tiene la satisfacción en el servicio, quiere usar esos fondos con otro objeto, para resolver temas de personal, no lo puede hacer. Entonces ahí se requiere un marco normativo que les permita a las unidades ejecutoras, a los Gobiernos Regionales a poder utilizar de acuerdo con sus necesidades sociales, flexibilizar un poco las normas para que les permitan utilizar en las prioridades que tienen los Gobiernos Regionales en el tema de salud. (L. Chirinos, comunicación personal, 14 de abril 2021).

**Tabla 27. Presupuesto destinado a salud en la Región Cajamarca**

CAJAMARCA			
Años	Presupuesto de GORE	Presupuesto de Salud	%
2017	2,081,572,030	384,090,546	18%
2018	2,409,978,432	474,418,682	20%
2019	2,367,955,760	492,465,853	21%
2020	2,636,701,596	629,834,130	24%

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

La región Cajamarca al 31 de diciembre del 2020 registraba 25,250 infectados y 610 fallecidos. Su capacidad operativa como el de las otras regiones del país respecto a plantas concentradoras de oxígeno, camas de unidades de cuidados intensivos eran absolutamente precarias.

Durante la Pandemia a diciembre del 2020 fallecieron 1,007 personas y en Puno 403, en este mismo periodo de tiempo se infectaron en Loreto 26,403 personas y en Puno 19,379.

En lo que toca como afecta los recursos financieros al personal médico y asistencial que trabaja en las GERESAS y DIRESAS, la apreciación del Director Regional de Salud de Puno es relevante.

Bueno, mire, en una circunstancia como la que estamos pasando, claro, actualmente, yo diría que buena, pero eso en tiempos muy cortos cambia por cuanto hay una serie de conflictos que altera esta calificación, ¿no? Y estos conflictos están fundamentalmente referidos a temas presupuestarios, están referidos a la falta de recursos, están referidos a la precariedad en las que se desarrollan las labores. Entonces, eso altera, como le digo, un poco la relación con, en este caso, con los demás trabajadores de la institución. Entonces, eso está, como le decía, está referido fundamentalmente, a la falta de recursos (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

**Tabla 28. Presupuesto destinado a salud en la Región Loreto**

LORETO			
Años	Presupuesto de GORE	Presupuesto de Salud	%
2017	1,748,268,782	338,317,062	19%
2018	1,771,699,095	389,090,987	22%
2019	2,120,189,747	411,911,371	19%
2020	2,393,283,983	521,252,130	22%

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

**Tabla 29. Presupuesto destinado a salud en la Región Puno**

PUNO			
Años	Presupuesto de GORE	Presupuesto de Salud	%
2017	1,837,605,749	344,558,668	19%
2018	1,960,495,755	399,913,043	20%
2019	2,105,513,092	459,537,650	22%
2020	2,226,737,943	584,355,032	26%

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

Lo que pretendemos ilustrar son los evidentes problemas estructurales que subsisten en materia presupuestal en la organización, pese a los criterios que en ejecución de gasto deberían haber implementado las administraciones regionales.

La toma de decisiones en todos los ámbitos está condicionada por el establecimiento previo de una serie de prioridades. La Sanidad no es una excepción. Cuando se produce un incremento progresivo del gasto sanitario en el contexto de la limitación de recursos existentes, se plantea que la supervivencia de los sistemas sanitarios pasa por el control del gasto, lo que supone una limitación mediante prioridades. La escasez de recursos determina que más para algunos, supone menos para otros, y ello implica la obligación de adecuar los recursos disponibles al conjunto de la población. Además, hay algunos factores que hacen más difícil la situación. El envejecimiento de la población requiere mayores cuidados sociales y sanitarios. Las expectativas de salud son cada vez mayores en la población, y la prestación sanitaria individual se ha ido encareciendo por encima de otros servicios. Las posibilidades de la Medicina parecen no tener límite, aunque en ocasiones ello conlleva un incremento muy importante del gasto. Cada técnica nueva, diagnóstica o

terapéutica, promete beneficios para algunos, pero sus costes repercuten en todos. El establecimiento de prioridades en la práctica supone una forma de racionamiento, aunque podrían diferenciarse en algunos aspectos. Las prioridades, establecerían el marco en el que se desarrolla el racionamiento. El racionamiento implicaría ciertos juicios de expertos sobre la adecuación o efectividad de ciertos tratamientos. El establecimiento de prioridades se referiría a juicios sobre valores sociales más amplios, como el equilibrio entre equidad y eficiencia o entre accesibilidad y eficiencia. (Hidalgo et al., 2011, p. 50).

**Tabla 30. Presupuesto correspondiente al año 2017 (sin pandemia) -2020 en por GERESA y/o DIRESA**

	Arequipa	Cajamarca	Madre de Dios	La Libertad	Loreto	Pasco	Puno
Asignación en soles GORE 2020	2,562,169,948	2,636,701,596	435,480,788	2,401,158,503	666,034,208	697,971,409	2,226,737,943
Asignación Diresa 2020	670,713,433	629,834,130	136,746,011	666,034,208	521,252,130	15105972	584,355032
Asignación Porcentual 2017 <sup>1</sup>	18%	18%	25%	21%	19%	13%	19%
Asignación Porcentual 2020	26%	24%	31%	28%	22%	22%	26%

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

Como se observa en la tabla que precede no se puede establecer el criterio que ha asumido la organización para la asignación del gasto o la inversión, evidenciándose una brecha respecto a lo que doctrinariamente se prescribe respecto a lo que en la práctica se ejecuta.

En el marco teórico de la presente investigación desarrollamos el principio de subsidiaridad, que es pieza angular de la gestión descentralizada, que permite no sólo atender con mayor criterio de eficiencia, eficacia, pertinencia los problemas regionales y satisfacer la enorme demanda de salud que se ha hecho exponencial con la pandemia del COVID-19.

Para ofertar públicamente primero se debe identificar, desarrollar un sistema de aprovisionamiento con criterio de territorialidad y de diversidad de manera transversal y, concurrentemente en materia de salud acudir al ciudadano desde la observancia de los criterios

<sup>1</sup> Con variación presupuestal ese año, se consigna el porcentaje para establecer un comparativo referencial, la información completa se encuentra en los cuadros por departamentos en ese mismo ítem.

que desarrolla Hidalgo et al. (2011) en el Capítulo 2- La Asignación de Recursos Sanitarios Eficiencia y Equidad del libro Economía de la Salud del que se lee: Criterio de igual asistencia para igual necesidad desde el lado de la prestación del servicio que invoca al principio de distribución de asistencia sanitaria, criterio de igualdad de acceso que con amplitud desarrolla la perspectiva económica de la necesidad de igualar los costos en que han de incurrir los pacientes para obtener atención médica de una determinada calidad, incluyendo costos de conectividad y transporte, el Criterio de igualdad en salud:

El más importante, de los determinantes de la salud, trasciende el ámbito sanitario, puesto que ello nos llevaría a reconsiderar políticas de nutrición, seguridad alimentaria, vivienda, medioambiente, etc. En suma, permitiría plantear cambios fundamentales en la organización social y el Criterio basado en la necesidad de la atención. En este caso se trata de atender en función de las necesidades, motivo por el que la cantidad de asistencia sanitaria que reciben los individuos está en función de sus necesidades. (Hidalgo et al., 2011, p. 40).

#### **4.1.2. Dimensión ejecutiva**

La presente dimensión, tal como se definió en el Capítulo 1, “se refiere a la aptitud para relacionar los encargos y tareas con las capacidades de los colaboradores a los que dirige, aprovechando sus motivos intrínsecos” (Arévalo, 2019, p. 10). Es decir, colocar a las personas en los sitios idóneos, y saber utilizar sus habilidades para los fines de la organización.

Es decir, “es la capacidad para mejorar la atractividad de la organización; es la actitud para adaptar las operaciones a aquellos trabajos o tareas que las personas tienen mayor talento están inclinadas a realizar por motivos intrínsecos”. (Ferreiro y Alcázar, 2017, p. 175).

Respecto a esta dimensión, los directivos entrevistados mencionan que la comunicación interna con los directores ejecutivos y los directores de los hospitales del territorio es fundamental para la gestión regional. Estos resaltan la importancia de las reuniones periódicas con ellos, y también el fomentar que se reúnan con sus respectivos equipos, para así conocer las necesidades y recomendaciones del personal. Todos los entrevistados señalan que tienen reuniones periódicas con su equipo, y la gran mayoría señala que estas se realizan una vez por semana.

En Puno se resalta una estrategia interesante. Se ha desarrollado un comité de gestión, el cual debe pronunciarse sobre los documentos remitidos, que requieren un punto de vista institucional, antes de ser derivados. El directivo de esta región resalta su insistencia en hacer

reuniones con sus directores, idealmente, 3 veces por semana. Este también resalta su intención de generar una gestión participativa, y que ese sea su factor diferenciador sobre otras gestiones.

Nosotros tenemos un equipo de gestión, de directores ejecutivos que están encargados de todas las direcciones aquí en la DIRESA Puno y también tenemos directores de las unidades ejecutoras, de los hospitales. Cada vez que tenemos oportunidad de reunirnos o de hacer capacitaciones, yo siempre incido en este tema porque, para mí, me parece fundamental, Por ejemplo, el tema de mortalidad materna. La mortalidad materna que, en esta región, era una de las más elevadas en el país. (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

Los directivos entrevistados señalan también la necesidad de actualizar los instrumentos de gestión, y que estos terminen siendo una herramienta del día a día. Los directivos de La Libertad, Cajamarca y Madre de Dios consideran que los actuales instrumentos, como el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) y el Manual de Operaciones y Funciones (MOF), son poco usados y que carecen de sentido práctico. Se sugiere fomentar instrumentos de gestión que le den énfasis a los procesos que se siguen en una dirección o gerencia regional de salud, por ejemplo, Mapa de Procesos.

Yo creo que el nivel expeditivo es importante, pero se consideraban las funciones que correspondían a cada uno de tal manera que no se traslapaban funciones. Sin embargo, había algunas acciones muy específicas. Nosotros emprendimos una campaña de dar antiparasitarios de manera trimestral a más 300 mil estudiantes de 3 años que van al colegio hasta los 17 años en la secundaria. Y esta era una función que no estaba establecida, se hizo más expeditivo y porque estaba en relación con el área de DIGEMID, aun cuando esto tenía que ver con la dirección de salud de las personas que estableció las pautas, sin embargo, del desarrollo de la actividad se encargó el área de medicamentos. Entonces, había algunas acciones de esa naturaleza. (H. Rodríguez, comunicación personal, 27 de julio del 2021).

Los instrumentos de gestión deberían facilitar los procesos para el cumplimiento de las metas de los planes con los que se cuenta, de los que también nos hemos ocupado, sin embargo, resultan ser “limitantes” al momento de flexibilizar la gestión en salud de cara al proceso de modernización de la gestión pública con un enfoque territorial. Por lo que se debería incidir en desarrollar políticas de fortalecimiento de capacidades que permitan que sean las propias áreas de desarrollo institucional de cada GORE y de cada DIRESA y GERESA que puedan adecuar

sus instrumentos de gestión para que se constituyan en reales bisagras de articulación en la función pública.

Sin embargo, la principal dificultad para esta dimensión es la poca capacidad de los directivos para gestionar los recursos humanos, en las regiones estudiadas. Esta ha sido confirmada por los expertos participantes del grupo focal, y responde a un problema del sector público en general.

El personal que, digamos, llega a los servicios de salud, muchas veces, llega sin tener el perfil idóneo y, además, no es el personal que necesariamente necesitamos en los establecimientos de salud. Entonces, en realidad, administramos recursos humanos que por una u otra circunstancia ya llegaron a los establecimientos de salud. Entonces, se recurre a contratos, se recurre a otros mecanismos por los cuales, se cuenta con personal, pero que, finalmente, no se logra hacer verdaderos equipos, armoniosos con los perfiles que se requieren... Ahí hay, digamos, diferentes regímenes laborales, diferentes remuneraciones para un mismo trabajo... en fin, afrontamos serios problemas administrativos. La falta de planificación que en los últimos años hemos tratado de optimizar pensando en las generaciones futuras para solucionar los graves problemas de salud que en la actualidad tenemos y creo que la pandemia ha venido a desenmascarar, justamente, eso... (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

La gestión pública reviste de complejidades como se ha venido identificando en el presente documento, sin embargo, el reto es mayor cuando las personas en la organización no están capacitadas para el ejercicio de sus funciones. En ese escenario las reuniones de directorio servirían para desarrollar algunas políticas referidas a este y otros temas, permite además al directivo ejercer su capacidad de análisis, de delegación de retroalimentación, *feedback* entre otras. Lamentablemente no es capitalizado por algunos directores regionales.

En las reuniones ejecutivas que tenemos no necesariamente estoy yo, puede estar el director adjunto, o en este caso también está asesoría de dirección, para la toma de decisiones se dialoga con cada director respecto a los problemas que se tienen en cada área. Cuando están más directores se pide la ayuda, se pone fechas y están entregando los informes en el tiempo requerido; que hasta la actualidad no hemos excedido de las setenta y dos horas. (P. Mayorca, comunicación personal, 21 de julio del 2021).

¿Cómo implementar políticas meritocráticas si no se tiene claro el propósito de estas y los indicadores que en esta materia se han desarrollado?

La Autoridad Nacional del Servicio Civil establece que, el mérito busca que los puestos del servicio civil sean ocupados por las personas idóneas, en virtud de sus habilidades, aptitudes y capacidades. En consecuencia, el mérito es el fundamento en los procesos de selección, progresión en la carrera y evaluación de desempeño, así como en la gestión de la capacitación, gestión del rendimiento y la permanencia en el servicio civil.

Mira, los planes serían en el caso meritocráticos, dependiendo de las maestrías o de los diplomados, o de los doctorados que pueda haber. Cada incentivo, que cada trabajador tiene de forma directa, ya viene garantizado por el por el sueldo mensual que ellos... que ellos tienen mes a mes y los que se estila y lo que se dice también en lo que es gestión en salud o gestión en cualquier tipo de profesión; si tú te preparas más con una maestría, otra maestría, o un doctorado, pues, cuanto más preparado estás las exigencias [...] te ponen en ese rumbo... (P. Mayorca, comunicación personal, 21 de julio del 2021).

Es relevante tener capacitación en la esfera profesional sin duda alguna pero no es suficiente, la carrera meritocrática involucra además habilidades y aptitudes.

Otro punto para analizar es, la proporción de personal médico y enfermeros presentes en cada región, sobre todo la cantidad de este personal por cada persona en el territorio.

Entre los años 2016 y 2021, las regiones de Arequipa y La Libertad tuvieron el mayor número de médicos colegiados. Ambas regiones son las únicas que, para el 2019, superaron a los 6 000 médicos colegiados dentro de su territorio (INEI, s. f.).

Puno y Loreto son las regiones que siguen, respecto al número de médicos en su territorio, con 1681 y 1091 médicos respectivamente. Cajamarca se encuentra un poco más atrás con 959 médicos. Finalmente, Pasco y Madre de Dios cuentan con menos médicos en su territorio.

**Tabla 31. Número de médicos colegiados, según departamento**



Región	2016	2017	2018	2019
Arequipa	5,390	5,632	5,892	6,105
Cajamarca	823	873	917	959
La Libertad	4,932	5,371	5,801	6,236
Loreto	1,003	1,026	1,062	1,091
Madre de Dios	183	189	192	195
Pasco	248	251	264	281
Puno	1,348	1,474	1,574	1,688

Fuente: INEI (s. f.)  
Elaboración propia

Por otro lado, respecto a los enfermeros colegiados por región hasta el año 2019, Arequipa y La Libertad también son las regiones que llevan la delantera, con 6 829 y 5 012 enfermeros colegiados en estas regiones, respectivamente. Para este caso, Puno y Cajamarca son las regiones que siguen, en un 3er y 4to lugar, con 3 593 y 3169 enfermeros respectivamente. Loreto cuenta con 1 450 enfermeras, y finalmente, muy por debajo, se encuentran Pasco y Madre de Dios con 877 y 325 enfermeras.

Uno de los problemas que tiene el sector y que precede a la Pandemia por el COVID-19 es que el gobierno nacional, a través del Ministerio de Economía y Finanzas -MEF, no ha terminado de cerrar el Plan de Brechas que debía proveer de número necesario de personal asistencial y administrativo al sector. Lamentablemente esto no ha ocurrido, y por el contrario muchas de estas brechas se han profundizado, en la medida de la diversidad de regímenes laborales, los que inciden entre otras en las remuneraciones de los trabajadores, los beneficios y bonificaciones que tienen el más variado de los conceptos y desproporcionalidad en las asignaciones.

Un problema bastante grande acá en la región de La Libertad que cuando yo asumí tuvimos que saber dar las alternativas de solución porque teníamos ya problemas que estaban en la gestión. Uno de ellos era la diversidad de salarios; dos, personal que ejercen la misma actividad con la misma profesión, pero la diferencia abismal del sueldo. Entonces, lo que nosotros no podemos hacer es decirle a uno que gana más, darle más actividades y al otro que gana menos,

darle menos; pero lo que sí podíamos hacer es darles a ellos la capacidad de que puedan repartirse el trabajo de tal manera que no se recargue en uno de ellos. Es difícil porque la voluntad se quita, porque siempre hay reclamos «pero si él gana más que yo», y eso se ha visto en los casos COVID lamentablemente y son los mismos profesionales, pero ganan más; entonces, ese era uno de los problemas. Lo otro era el tema de los CAS que yo he solicitado porque siempre me ha parecido una buena forma de contrato, pero ahí, por ejemplo, nosotros hasta el momento no podemos optimizar su contrato en el régimen laboral 276, ¿por qué?, porque no tenemos la reglamentación; entonces, ahí los sindicatos, obviamente reclaman que porque no les damos una ventaja, porque no les hacemos un documento, pero normativamente yo estoy atada de manos, porque no lo puedo hacer hasta que no haya una reglamentación. Con el tema del régimen de terceros, igual; los terceros no tienen ningún vínculo laboral, entonces no tienen ningún derecho, nosotros ahí también tuvimos un problema, porque teníamos que alinearnos a la norma de que entrara solo personal con orden de servicio y para realizar solamente su gestión. Actualmente, ya no podemos tener ningún personal de tercero, sino solo personal de tercero administrativo y, bueno, nosotros hemos reclamado varias veces, también hemos tenido reuniones con el MINSA, porque esta brecha de recursos humanos se ha ahondado con el tema de la pandemia. Si teníamos una brecha antes de la pandemia, ahora es mucho mayor por el personal que está de remoto y porque muchas veces el personal de remoto es por edad y a este personal no le puedes exigir mucho el tema de virtualidad porque no tienen las capacidades para hacerlo. (K. García, comunicación personal, 14 de julio de 2021).

**Tabla 32. Número de enfermeros colegiados, según departamento**



Región	2016	2017	2018	2019
Arequipa	6,055	6,355	6,595	6,829
Cajamarca	2,165	2,207	3,083	3,169
La Libertad	4,383	4,660	4,903	5,012
Loreto	1,206	1,299	1,393	1,450
Madre de Dios	255	290	312	325
Pasco	779	818	855	877
Puno	3,109	3,277	3,458	3,593

Fuente: INEI (s. f.)  
Elaboración propia

El análisis del personal de salud queda incompleto si no es visto en perspectiva a la cantidad de población en la región. A continuación, las tablas 33 y 34 muestran el número de habitantes de cada región, por cada médico y enfermero. Se entenderá que una región se encuentra mejor si es que hay menos habitantes por cada médico o enfermero de la región, vale decir que cada profesional de la salud puede dedicar sus esfuerzos y tiempo a menos habitantes.

Respecto al número de habitantes por cada médico, se observa que Arequipa es la región mejor posicionada, con 240 habitantes por cada médico, seguida de la región La Libertad con 317 habitantes por cada médico. En este conteo sorprende ver a Cajamarca como la región peor posicionada, por un gran margen, con 1 510 habitantes por cada médico en la región. Esta cifra supera al conteo de Loreto y Pasco con 931 y 969 habitantes por cada médico, respectivamente.

Para el caso de los enfermeros, por número de habitantes, se puede observar que también Arequipa es la región mejor posicionada, con 214 habitantes por cada enfermero. Pasco, Puno y La Libertad, son las siguientes regiones mejores ubicadas, demostrando que cuentan con un buen número de personal de enfermería en sus respectivos territorios. Cajamarca, Madre de Dios y Loreto siguen en este orden, como las regiones peor ubicadas en cuanto al número de enfermeros según número de habitantes.

De este ejercicio se puede observar que Arequipa es la región con un mayor número de profesionales de la salud, para la atención de su población. Además, que Cajamarca y Loreto cuentan con un déficit importante de profesionales de la salud.

**Tabla 33. Número de habitantes por cada médico según Región**



**Número de habitantes por cada médico, según departamento**

<b>Región</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Arequipa	252	247	242	240
Cajamarca	1,723	1,635	1,569	1,510
La Libertad	376	353	334	317
Loreto	967	960	942	931
Madre de Dios	814	820	840	860
Pasco	1,091	1,080	1,029	969
Puno	914	837	786	734

Fuente: INEI (s. f.)  
Elaboración propia

El análisis del personal de salud queda incompleto si no es visto en perspectiva a la cantidad de población en la región. A continuación, las tablas 33 y 34 muestran el número de habitantes de cada región, por cada médico y enfermero. Se entenderá que una región se encuentra mejor si es que hay menos habitantes por cada médico o enfermero de la región, vale decir que cada profesional de la salud puede dedicar sus esfuerzos y tiempo a menos habitantes.

Respecto al número de habitantes por cada médico, se observa que Arequipa es la región mejor posicionada, con 240 habitantes por cada médico, seguida de la región La Libertad con 317 habitantes por cada médico. En este conteo sorprende ver a Cajamarca como la región peor posicionada, por un gran margen, con 1 510 habitantes por cada médico en la región. Esta cifra supera al conteo de Loreto y Pasco con 931 y 969 habitantes por cada médico, respectivamente.

Para el caso de los enfermeros, por número de habitantes, se puede observar que también Arequipa es la región mejor posicionada, con 214 habitantes por cada enfermero. Pasco, Puno y La Libertad, son las siguientes regiones mejores ubicadas, demostrando que cuentan con un buen número de personal de enfermería en sus respectivos territorios. Cajamarca, Madre de Dios y Loreto siguen en este orden, como las regiones peor ubicadas en cuanto al número de enfermeros según número de habitantes.

De este ejercicio se puede observar que Arequipa es la región con un mayor número de profesionales de la salud, para la atención de su población. Además, que Cajamarca y Loreto cuentan con un déficit importante de profesionales de la salud.

**Tabla 34. Número de habitantes por cada médico según Región**



**Número de habitantes por cada médico, según departamento**

<b>Región</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Arequipa	252	247	242	240
Cajamarca	1,723	1,635	1,569	1,510
La Libertad	376	353	334	317
Loreto	967	960	942	931
Madre de Dios	814	820	840	860
Pasco	1,091	1,080	1,029	969
Puno	914	837	786	734

Fuente: INEI (s. f.)  
Elaboración propia

**Tabla 35. Número de habitantes por cada enfermero según Región**



**Número de habitantes por cada enfermera /o, según departamento**

<b>Región</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
Arequipa	224	219	217	214
Cajamarca	655	647	467	457
La Libertad	423	407	395	395
Loreto	804	758	718	700
Madre de Dios	584	535	517	516
Pasco	347	331	318	310
Puno	396	376	358	345

Fuente: INEI (s. f.)  
Elaboración propia

Actualmente, existen diversas modalidades de contratación de personal, incluyendo la modalidad laboral informal. La generación de plazas de trabajo y el poder modificar a los equipos son acciones muy complicadas. Por otro lado, la poca cantidad de recursos también afecta a esta dimensión. Los directivos regionales entrevistados, sostiene que, no existe una

homologación de sueldos a nivel nacional, y muchos directivos y servidores terminan recibiendo una remuneración inferior.

#### **4.1.3. Dimensión de liderazgo**

Esta dimensión está referida a las actividades que generan una motivación para la puesta en práctica del propósito, acudiendo a mecanismos distintos a los cubiertos por el sistema formal. Pérez (2018) señala que se debe mostrar a los miembros de una organización los efectos que producen sus acciones en otras personas, para de esta manera “busca conseguir que las personas actúen por motivos trascendentes” (p. 127).

El líder “debe tener la capacidad para acrecentar la unidad, es el saber impulsar a las personas para que actúen movidas por motivos trascendentes” (Ferreiro y Alcázar, 2017, p. 180).

Los directivos entrevistados señalan que es importante fomentar la motivación en el personal de salud de sus respectivas regiones. Ellos explican que el principal medio que tienen para motivar a sus equipos es el resaltar la importancia de su labor para la región. Ellos son los responsables de la entrega del servicio de salud, de la vida de las personas. Esto es primordial para el desarrollo de las personas, sobre todo en un contexto de pandemia.

La única estrategia para retener es que ellos amen lo que hacen. Si ellos hacen con pasión lo que les gusta y se les reconoce también los logros que obtienen, yo creo que ese es una estrategia bastante fuerte para un director, gerente porque todo personal de salud quiere ser reconocido en su labor y si lo haces, entonces, ellos se empeñan en seguir siendo reconocidos, pero si solo hay críticas o nunca se reconoce la labor que hacen, eso va a ir en detrimento en la gestión de uno.

Primero la motivación es reconocer que los éxitos de una gestión de un gerente no son de uno, es de todo un trabajo en equipo. Entonces, la primera motivación o reconocimiento que hago es que en cualquier entrevista donde me felicitan por algún logro, lo hago extensivo a mi personal, hago que ellos se sientan parte o prioritariamente ellos son corazón de la gestión, como les digo, tanto en el tema de COVID o en el tema de vacunación, por un lado; por otro lado, son las personas. Hay casos en los que ellos se desvelan porque, ahora con la virtualidad, tenemos reuniones siete de la noche, diez de la noche, sábados, domingos, y esas son horas en que tenemos que estar con nuestra familia o descansando, pero ahí están. Entonces, es necesario reconocerlos con una resolución de felicitación. Económicamente no puedo porque no tenemos desde la directiva algo que me

permita hacerlo, pero sí también tengo detalles y mis detalles también son buenos. Por ejemplo, en algún momento me enteré que en una Unidad Ejecutora no le habían brindado su almuerzo a la hora durante dos días, les habían brindado el almuerzo a las cuatro de la tarde, eso sí me parece una falta de respeto porque ellos trabajaban casi 12 horas continuas. Lo que hice fue llevarles el fin de semana, un sábado, un desayuno a todos los que trabajaban; creo que fue bonito, ¿no? porque ellos no se imaginaron que les iba a llegar el desayuno antes de empezar la jornada porque muchos llegan sin desayunar, pero creo que a veces esos pequeños detalles también animan, ¿no? porque te pones ahí. Y lo otro es ser parte de la actividad. Cuando hacemos alguna actividad de último momento muy importante de vacunación, yo me pongo con ellos a arreglar las sillas, a [hacer] entrar la gente, a entregar los tickets; entonces, no eres como la gerente lejana... (K. García, comunicación personal, 14 de julio de 2021).

Sin embargo, también se menciona que se cuentan con recursos limitados para proponer otro tipo de motivaciones, como las capacitaciones. Comentan que no existe una política para capacitar al personal, pero tampoco se refieren a una estrategia que ellos hayan desarrollado para poder desarrollar capacitaciones, como podría ser el convenio con alguna institución formativa.

He trabajado en varios lugares, en Lambayeque, Lima mismo, es bastante difícil y el personal de salud administrativo nombrado, a pesar de que el personal asistencial ha tenido un incremento notable con la 1163, han más que duplicado el sueldo, al personal administrativo no le han aumentado el sueldo desde que se creó el CAFAE en el año 2006 o 2010, entonces existe una gran desmotivación del punto de vista remunerativo y no hay forma de poderlo hacer, entonces la parte motivacional va de repente en financiar su plan de salud ocupacional, no de manera completa como dice la ley, pero al menos de algo con compensación de alimentos, el que se puedan brindar todas las herramientas que sea necesarias, el poder darles no sé algún tipo de protección personal de manera adecuada y lo otro queda en poder tener una motivación reputacional. (P.Cruzado, 7 de julio del 2021).

A lo manifestado habría que agregar que en las diferentes gestiones regionales estudiadas se ha observado el nivel gran volatilidad en el cargo de gerente o director regional de salud.

Cada inicio de gestión regional, parece ser el reinicio de la visión sectorial regional, no existe continuidad en las metas trazadas, los planes en ninguno de los casos se logran ejecutar

el 100% del presupuesto asignado para cada año fiscal. Con lo que se puede inferir que la temporalidad o permanencia en el cargo del gerente o director regional de salud, no demostraría eficacia ni eficiencia en la capacidad de ejecución del presupuesto asignado para cada año fiscal. Por lo que se puede colegir que es necesario establecer un nuevo perfil del Directivo Público Regional en Salud, que incluya 3 dimensiones como estratégica, ejecutiva y de liderazgo.

Este es un cargo de confianza, cuyo nombramiento depende del Gobernador Regional de turno. Lamentablemente, al igual que gran cantidad de cargos directivos nacionales, los cargos de directivos regionales en salud son poco estables y atraviesan por constantes cambios. Es importante mencionar que estos cargos son poco mediáticos, lo cual hace que cuenten con poca fiscalización y su nombramiento no es difundido de forma ideal.

El cargo de un gobernador regional, en el Perú, tiene una duración de 4 años. Sin embargo, es poco frecuente que un mismo director o gerente de salud acompañe al gobernador durante toda su gestión, generalmente el cargo es ocupado durante un periodo más corto. El funcionario regional de salud, en funciones, suele tener una duración menor, lo cual representa una dificultad para realizar cambios institucionales que perduren en el tiempo.

Démosle una mirada a la región Arequipa, desde el 2018 a la fecha la Dirección Regional de Salud de Arequipa ha tenido 6 gerentes regionales, con una temporalidad en el cargo de confianza que va desde 3 meses hasta 11 meses, lo que podría significar una falta de continuidad o priorización en las estrategias sanitarias, así como también la ejecución deficiente del presupuesto asignado en cada año fiscal.

Como se observa en el siguiente cuadro para el año fiscal 2018, durante 11 meses tuvieron el mismo gerente regional de salud, quien en su gestión logró ejecutar el 92.5% del presupuesto asignado. En el año fiscal 2019, el presupuesto se incrementó en 43 millones de soles, pero tuvo tres (03) gerentes regionales quienes en su conjunto ejecutaron el 93.4% del presupuesto. En el año fiscal 2020, en plena crisis sanitaria por Covid-19, el presupuesto incrementó exponencialmente en 142 millones de soles, que fueron ejecutados al 93.3% por tres (03) gerentes regionales de salud.

**Tabla 36. Rotación Gerente Regional Arequipa 2017-2020 versus ejecución presupuestal**

DIRESA AREQUIPA				
GERENTE REGIONAL DE SALUD	RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL	TIEMPO	PIM	% EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO
Gustavo Bernardo Fudinaga	RER N 452-2016- GRA/GR	31 Ago. 2016 al 05. Ma. 2018 (1 año 6 meses)	S./ 46,129,596	90.2% (PIM 2017)
Edwin Huilber Bengoa Feria	RER N 097-2018- GRA/GR	05. Ma. 2018 al 02. Ene.2019 (9 meses 2 días)	S./ 49,997,878	92.5% (PIM 2018)
Leonardo Otto Chirinos Ramos	RER N 005-2019- GRA/GR	02. Ene.2019 al 25. Jun. 2019 (5 meses 23 días)	S./ 53,679,914	93.4% (PIM 2019)
Carlos Yovani Cuya Mamani	RER N 340-2019- GRA/GR	25. Jun. 2019 al 04.dic.2019 (5 meses 9 días)		
Dember Francisco Muñoz Lozada	RER N 549-2019- GRA/GR	04.dic.2019 al 07.Abr.2020 (4 meses)	S./ 72,441,593	93.3% (PIM 2020)
Leonardo Otto Chirinos Ramos	RER N 100-2020- GRA/GR	07.Abr.2020 al 20.Jul.2020 (3 meses 13 días)		
Cristian Félix Nova Palomino	RER N 185-2020- GRA/GR	20.Jul.2020 a la fecha (1 año)	S./ 54,445,826	38% (PIM 2020)

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

Desde el 2017 a la fecha la Dirección Regional de Salud de Cajamarca ha tenido 5 directores regionales, con una temporalidad en el cargo de confianza que va desde 14 días hasta 2 años, lo que evidencia una alta volatilidad, falta de continuidad y priorización en las estrategias sanitarias y, la deficiente ejecución del presupuesto asignado en cada año fiscal.

**Tabla 37. Rotación Gerente Regional Cajamarca 2017-2020 versus ejecución presupuestal**

DIRESA CAJAMARCA				
GERENTE REGIONAL DE SALUD	RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL	TIEMPO	PIM	% EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO
Dr. Simón Estrella Enver Izarra	RER N 325-2017-GR-CAJ/GR	01.Ago.2017 al 14.Dic.2018 (1 año y 4 meses)	S./ 118,910,389	95.8% (PIM 2017)
Micriólogo Marco Antonio Bustamante Contreras	RER N 525-2018-GR-CAJ/GR	14.Dic.2018 al 02.Ene.2019 (19 días)	S./128,080,915	95.8% (PIM 2018)
Simó Osiel Cusma Quintana	RER N 10-2019-GR.CAJ/GR	02.Ene.2019 al 16.Ene.2019 (14 días)	S./144,653,134	95.8% (PIM 2019)
Jorge Enrique Bazán Mayra	RER N 53-2019-GR-CAJ/GR	16.Ene.2019 al 8.Ago.2019 (6 meses y 23 días)		
Mc. Pedro Alejandro Cruzado Puente	RER N 426-2019-GR-CAJ/GR	8.Ago.2019 a la fecha (2 años)	S./136,290,963	95.8% (PIM 2020)

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

Desde el 2017 a la fecha la Dirección Regional de Salud de La Libertad ha tenido 4 gerentes regionales, con una rotación en el cargo de confianza que va desde 5 meses hasta 1 año y 7 meses. Uno de los más estables objetos de estudio.

**Tabla 38. Rotación Gerente Regional La Libertad 2017-2020 versus ejecución presupuestal**

GERESA LA LIBERTAD				
GERENTE REGIONAL DE SALUD	RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL	TIEMPO	PIM	% EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO
Dr. Eduardo Omar Araujo Sánchez	RER N 943-2017-GRLL/GOB (e)	29.may.2017 al 2.ene.2019 (1 año y 7 meses)	S/ 58,047,159	87.7% (PIM 2017)
	RER N 1032-2017-GRLL/GOB		S/ 61,899,447	88.2% (PIM 2018)
Dr. Constantino Vila Córdova	RER N 003-2019-GRLL/GOB	2.ene.2019 al 8.jul.2020 (1 año y 7 meses)	S/ 60,655,680	85.4% (PIM 2019)
Dr. Fernando Federico Padilla Bartra	RER N 690-2020-GRL/GOB	8.jul.2020 al 25.mar.2021 (8 meses y 17 días)	S/ 67,304,824	87.1% (PIM 2020)
Kerstyn Morote García de Sánchez	RER N 322-2021-GRLL-GOB (e) RER N 359-2021-GRLL/GOB	26.mar.2021 a la fecha (5 meses)		

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.)

Elaboración propia

Desde el 2017 a la fecha la Dirección Regional de Salud de Loreto ha tenido 6 directores regionales, con una volatilidad en el cargo de confianza que va desde 2 meses hasta 1 año y 4 meses, lo que evidencia la falta de continuidad o priorización en las estrategias sanitarias, el deficiente del presupuesto asignado en cada año fiscal.

El Exjefe de la Autoridad Nacional del Servicio Civil Juan Carlos Cortés en una entrevista al Diario el Comercio en mayo del 2019, a propósito de la alta volatilidad en los gobiernos subnacionales anotaba:

Es mayor que en el Ejecutivo. En algunos casos los cambios son de hasta el 100% cuando entra un nuevo alcalde o gobernador regional [...] la meritocracia tiene que estar en todas las entidades públicas. Y todos aquellos que se resisten es, porque están pensando que es preferible que puedan hacer entrar a personas más vinculadas a ellos. Eso tenemos que terminarlo.

**Tabla 39. Rotación Gerente Regional Loreto 2017-2020 versus ejecución presupuestal**

DIRESA LORETO				
GERENTE REGIONAL DE SALUD	RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL	TIEMPO	PIM	% EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO
Aníbal Muñoz Medina		Ene.2017 al 16.abr.2018 (1 año 4 meses)	S./ 152,804,071	98.0% (PIM 2017)
Guillermo Angulo Arévalo		16.abr.2018 al 06.nov.2018 (1 año y 4 meses) (7 meses)	S./ 165,506,796	99.2% (PIM 2018)
Dr. Jorge René Chávez Silvano		06.nov.2018 al Dic.2018 (2 meses)		
Segundo Mercedes Pinillos Reyes		Enero – Mayo 2019 (2 meses)	S./ 173, 338, 641	99.0% (PIM 2019)
Percy Luis Minaya León		18.jun.2019 al 07.may.2020 (11 meses y 19 días)		
Mc Carlos Calampa Del Águila	RER N 111-2020-GRL-GR Memorándum N365	17.may.2020 a la fecha (2 meses y 22 días)	S./ 212,455,581	96.3% (PIM 2020)

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.) y Gobierno Regional de Cajamarca (s. f.)

Elaboración propia

Desde el 2017 a la fecha la Dirección Regional de Salud de Madre de Dios ha tenido 3 directores regionales, con una rotación en el cargo de confianza que va por un periodo de 1 meses 25 días y hasta 2 año y 8 meses.

**Tabla 40. Rotación Gerente Regional Madre de Dios 2017-2020 versus ejecución presupuestal**

DIRESA MADRE DE DIOS				
GERENTE REGIONAL DE SALUD	RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL	TIEMPO	PIM	% EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO
	RER N		S./ 56,108,803	92.3% (PIM 2017)
Mc Esteban Diomedes Rivera Carrera	RER N 233-2018-GOREMAD/GR RER N 249-GOREMAD/GR	04.dic.2018 al 29.ene.2019 (1 mes y 25 días)	S./ 63,266,258	84.7% (PIM 2018)
Mc Ricardo Ronald Tello Costa	RER N 024-2019-GOREMAD/GR	29.ene.2019 a la fecha (2 años y 8 meses)	S./ 44,502, 641	83.3% (PIM 2019)
			S./ 30,525,620	90.5% (PIM 2020)

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.) y Gobierno Regional de Madre de Dios (18 de abril 2017).

Elaboración propia

Uno de los casos más icónicos será el de la región de Pasco en el que desde el año 2016 a la fecha la Dirección Regional de Salud de esta circunscripción territorial ha tenido 10 directores regionales de salud, con una permanencia en el cargo de confianza que va desde 07 días hasta 1 año y 6 días, ¿qué se puede ejecutar en una semana? La siguiente designación es por 9 días, y la subsiguiente un mes y 24 días.

La región Pasco en materia sanitaria durante esos dos meses y medio, no avanzó en uno de los sectores más golpeados, se debe tener en cuenta un factor importante- si no se tiene salud- difícilmente se acceda a educación o trabajo, es decir es un sector neurálgico, trabajar en salud para evitar exclusión colateral, que no es otra cosa que pobreza y marginalidad.

**Tabla 41. Rotación Gerente Regional Pasco 2017-2020 versus ejecución presupuestal**

DIRESA PASCO				
GERENTE REGIONAL DE SALUD	RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL	TIEMPO	PIM	% EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO
Fernando Poll Orihuela Rojas	RER N 0914-2016-GR.PASCO/GOB	23.sep.2016 al 08.jun.2017 (8 meses y 15 días)		
Joel Bernardo Pimentel Marín	RER N 0422-2017-GR.PASCO/GOB (e) RER N 648-2017-GR.PASCO/GOB (designar)	12.jun.2017 al 19.mar.2018 (9 meses y 7 días)	S./ 38,826,374	87.3% (PIM 2017)
Dr. Juan Haroldo Chávez Mauricio	RER N 0914-2016-GR.PASCO/GOB (e)	19.mar.2018 al 26.mar.2018 (7 días)		
Mg Doris Nilda Calero Miranda	RER N 146-2018-GR.PASCO/GOB (e)	26.mar.2018 al 05.abr.2018 (9 días)		
Mc Víctor Eugenio Camones Meneses	RER N 165-2018-GR.PASCO/GOB	05.abr.2018 al 29.may 2018 (1 mes y 24 días)	S./ 47,902,350	84.1% (PIM 2018)
Mc Roberto Luis Castillo Arellano	RER N	29.may 2018 al 25.mar.2019 (9 meses y 27 días)		
Dr. Juan Haroldo Chavez Mauricio	RER N 0239-2019-GRP/GOB (e) RER N 0041-2020-GRP/GOB (designar)	25.mar.2019 al 16.set.2019 (5 meses y 21 días)		
Obstetra Alcibíades Gabriel Borrovic Díaz	RER N 0535-2019-GRP/GOB (e) RER N 0041-2020-GRP/GOB (designar)	16.set.2019 al 5.may.2020 (7 meses y 20 días)	S./ 47,869,363	93.4% (PIM 2019)
Ms Alcedo Nimer Jorges Melgarejo	RER N 0197-2020-GR-PASCO/GOB (e) RER N 0206-2020-GR.PASCO/GOB	5.may.2020 al 11.may.2021 (1 año y 6 días)	S./ 54,268,028	93.6% (PIM 2020)
Mg Paul Luis Mayorca Olivera	RER N 0227-2021-GRP/GOB	12.may.2021 a la fecha (2 meses 27 días)		

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.) y Gobierno Regional de Pasco (01 de agosto de 2017).

Elaboración propia

Desde el año 2016 a la fecha la Dirección Regional de Salud de Puno ha tenido 8 directores regionales, con una volatilidad en el cargo de confianza que va desde 24 días de permanencia hasta 1 año y 3 meses, una de las regiones que mayores indicadores por muerte materna padece, las enfermedades respiratorias agudas por las condiciones climáticas, han determinado también las prevalencias de esta región del ande peruano, en la que su población

es poseedora de una idiosincrasia que debe ser tomada en cuenta como otras al momento de planificar, por lo que el cambio y recambio de sus gestores regionales sólo causa perjuicio.

El promedio en el país era, más o menos, de unas 20 a 30 muertes maternas por millón de habitantes. Aquí había, incluso, hasta un tope, entonces, se ha reducido en los últimos años, pero sin duda alguna, se tiene que abordar con este enfoque antropológico, con este enfoque integral que normalmente no se hace. Nosotros siempre incidimos en que ese aspecto sea fundamental. Y, las muertes maternas se produjeron, justamente, porque las costumbres de las gestantes, de las puérperas eran, en algunos aspectos, negativos para el cuidado de la salud de las madres. Entonces, si no tomamos en cuenta eso, es difícil abordar el tema de mortalidad. Entonces, este es uno de los aspectos, pero puede haber varios... Por ejemplo, las formas de comunicarse con las comunidades aimaras que no son las mismas formas de comunicarse con las comunidades quechuas, son diferentes. Además, que también aquí se percibe una especie de rivalidad, que proviene de hace muchos años atrás, entre la zona aimara, la zona quechua, que viene, inclusive de tiempos anteriores a la colonia y que, increíblemente, persisten a la actualidad. Estas diferencias de pensar y de cosmovisión de las culturas aymará y quechua han sido utilizadas por grupos de poder en beneficio propio. (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

ESCUELA DE DIRECCIÓN  
UNIVERSIDAD DE PIURA

**Tabla 42. Rotación Gerente Regional Puno 2017-2020 versus ejecución presupuestal**

DIRESA PUNO				
GERENTE REGIONAL DE SALUD	RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL	TIEMPO	PIM	% EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO
Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra	RER N 330-2016-PR-GR-Puno	31.oct.2016 al 05.jul.2017 (8 meses y 5 días)	S/ 25,635,098	78.7% (PIM 2017)
Rolando Montes de Oca Velasco	RER N 201-2017-GR-GR-Puno	05.jul.2017 al 28.mar.2018 (8 meses y 23 días)		
Mc Jorge Enrique Sotomayor Perales	RER N 109-2018-GR-GR/Puno	28.mar.2018 al 02.ene.2019 (9 meses y 4 días)	S/ 27,611,775	75.1% (PIM 2018)
Raul Tito Tito	RER N 021-2019-GR-GR/Puno	02.ene.2019 al 31.ene.2019 (29 días)	S/ 30,947,365	78.8% (PIM 2019)
Percy Luque Bautista		31.ene.2019 al 07.may.2019 (3 meses y 7 días)		
Dr Jorge Alfredo Montesinos Espinoza	RER N 226-2020-GR-GR/Puno	07.may.2019 al 10.ago.2020 (1 año 3 meses)		
Mc Walter Sebastián Oporto Pérez	RER N 244-2021-GR-GR/Puno	10.ago.2020 al 12.07.2021 (11 meses y 2 días)	S/ 32,611,800	77.7% (PIM 2020)
Mc Jorge Enrique Sotomayor Perales	RER N 244-2021-GR-GR/Puno	12.07.2021 a la fecha (24 días)		

Nota: La tabla representa un compendio de datos organizados mediante el programa Excel.

Fuente: MEF (s. f.) y Gobierno Regional de Puno (s. f.)

Elaboración propia

Los directivos entrevistados cuentan con ciertas similitudes, y también diferencias en cuanto a sus propósitos a corto, mediano y largo plazo. Dentro de los entrevistados, 5 directivos (Puno, Madre de Dios, Arequipa, Cajamarca y La libertad) resaltan, de forma explícita, la necesidad de redoblar los esfuerzos para el fortalecimiento de la primera línea de atención a los pacientes y actuar bajo un enfoque preventivo. La gran mayoría de los directivos entrevistados, resaltan la importancia de que los pacientes no lleguen a un estado crítico, sino que sean atendidos de forma temprana, y para ello se debe trabajar en cubrir la brecha actual existente en cuanto a personal e infraestructura de salud de primera línea.

Otro punto importante en el que coinciden los directivos regionales entrevistados es la importancia de considerar las particularidades de su territorio para la gestión del servicio de Salud. Esto es importante pues el Perú cuenta con una gran diversidad de climas y contextos particulares, que representan un reto para la implementación de cualquier política pública. Por

ejemplo, los directivos regionales de Madre de Dios y Loreto recalcan que se debe tener en cuenta las “enfermedades regionales” propias de su clima particular amazónico. Un ejemplo de ello son las enfermedades metaxénicas. Por otro lado, en Puno y Arequipa se debe atender las olas de friaje anuales en los meses de junio, julio y agosto.

La inclusión de las particularidades del territorio en la generación de políticas públicas responde a un enfoque territorial de la gestión pública. En este también se debe considerar las características geográficas de cada región y la interacción de los ciudadanos con esta geografía. Por ejemplo, Pasco debe tener en cuenta la actividad minera desarrollada en su territorio; asimismo, Loreto debe considerar las vías fluviales para el transporte en su territorio e implementar hidroambulancias. Varios directivos regionales también reconocen la heterogeneidad del territorio de una misma región, y explican que las políticas nacionales no deben hacerse “pensando solo en Lima”.

Sobre las particularidades de las entrevistas, es importante resaltar como hemos desarrollado líneas arriba que el directivo de la Región Puno resaltó, desde un primer momento, la importancia de incorporar los saberes ancestrales de la región en la gestión de la Salud. El entrevistado hizo hincapié en la falta de un enfoque intercultural en la administración regional de la salud y comentó que las directivas emitidas desde el Gobierno Central solo consideraban una visión occidental de la salud. Esta es una particularidad del actual director regional, y se entiende que es un sello personal de la actual gestión de Puno. La continuidad de esta visión queda en duda frente a un futuro cambio en la dirección regional.

Es importante resaltar también la importancia que se le buscar dar a los saberes técnicos, de gestión pública, en las regiones estudiadas del norte del país, cabe decir en La Libertad y Cajamarca. En Cajamarca el directivo regional mencionó la inclusión de gerentes públicos de la Autoridad Nacional del Servicio Civil – SERVIR. Asimismo, en La Libertad, la gerente regional hizo énfasis en la necesidad de contar con personal con saberes técnicos en la gestión pública, para el desarrollo de mejores políticas e intervenciones regionales.

Finalmente, a la pregunta ¿cuáles considera usted, 5 valores importantes que debe tener un directivo que trabaje con liderazgo en el sector salud?

Algunos directores y gerentes regionales respondieron de la siguiente forma:

Fundamentalmente, que sea solidario. Si no es solidario, está perdiendo el tiempo en el sector salud porque si no entiende la dimensión del dolor humano, si no entiende las necesidades de la población, si no le interesa las necesidades de la población, está perdiendo el tiempo. Tiene que ser, fundamentalmente, solidario. Segundo, tiene que obviamente, tener la actitud y aptitud profesional

para poder adentrarse en el dolor humano, en el tema de la enfermedad y la enfermedad, está acompañada en muchísimos casos de otras carencias, principalmente, económicas, en fin, toda una serie de aspectos que complican el tema de la enfermedad. Entonces, solidaridad, conocimiento, deseo de cambiar las cosas, en fin. (W. Oporto, comunicación personal, 09 de abril del 2021).

El líder debe ser alguien digno de confianza, Manolo Alcázar describe como parte constitutiva de esta condición, dos características, debe tener profesionalidad vinculado a las virtudes intelectuales y ejemplaridad que deviene de las virtudes morales.

Por lo que no se puede sesgar en este trabajo de investigación, el impacto que en la vida de las personas tiene la concurrencia de esas características, por lo que, teniendo el mayor rigor académico sin darle una connotación sentimentalista, pero si muy humana recurrimos al libro “Días Contados” de Jochamowitz y León (2021) que ilustran a través de la crónica la necesidad de contar con un perfil de profesionalidad y actitud de servicio:

Una pandemia pone en movimiento toda clase de impulsos y cada cual, desde su lugar, mitiga o agrava lo que nadie puede contener. Los médicos que dejaron de asistir a sus puestos, habilitados por una decisión del Minsa – que si bien buscaba proteger al personal de riesgo, abría las puertas al ausentismo- precisamente cuando más se les necesitaba; las enfermeras que aprovecharon la situación para dejar de asistir a sus guardias si no se les mejoraba las condiciones de contratación, demandas imposibles que cobrarán a los pacientes por hacer una llamada a sus familiares, que aguardaban en la puerta del hospital, los doctores que fueron sorprendidos vendiendo medicamentos, falsificando recetas para saquear los tópicos sanitarios o simplemente atendiendo en sus consultorios privados, focos de nuevos contagio, mientras se les solicitaba en los hospitales. Con el tiempo, todo el país reunirá materiales suficientes para escribir esta historia, y algunos de sus capítulos más infames serán los de Loreto.

La lista de las víctimas es la más numerosa. Sin contar con las lesiones duraderas que dejó la enfermedad, se estima provisionalmente que en Loreto murieron casi dos mil personas a causa del virus, sin considerar las muertes seguidas de entierros clandestinos, sobre todo en el campo.

Un cementerio completo está lleno de ellos, cerca del kilómetro 18 de la carretera Iquitos-Nauta. Era un páramo infestado de maleza, como todos los bosques depredados que rodean la ciudad. Ni siquiera se sabía a quién pertenecía; hasta ahora se discute si es del gobierno regional o de la municipalidad distrital

de San Juan Bautista. Cuando los fallecidos comenzaron a ser legión, el gobierno regional actuó con su habitual impremeditación. Cayó con machetes y lampas sobre el terreno de greda, arcilla y arena, y empezaron a abrirse las primeras fosas de dos metros de profundidad. Al principio no se marcaba casi el lugar de la sepultura, apenas se colocaba “un palito”, como dijo un periodista local. Después comenzaron a poner nombres y hasta fechas. Unos improvisados mapas hechos con lapicero en hojas arrancadas de un cuaderno serían para orientar a los deudos. En Iquitos las bolsas negras para cadáveres y con cierre se acabaron pronto.

(...) La avalancha de casos COVID que llegaba a los hospitales se habría podido controlar mejor si no fuera por un detalle del que casi nadie hablaba: la pandemia nos sorprendió no solo con el 90% de las camas UCI ocupadas, sino muchas de ellas con años. Incluso décadas sin haber recibido mantenimiento. Los equipos caducan, tienen tiempo de vida aproximado de cinco años, según protocolos internacionales. Si no se invierte para reemplazarlo, conforman una ruma de vejstorios en algún almacén o sótano olvidado de los hospitales regionales en obras, o a medio construir.

Por investigaciones de corrupción, controversias judiciales o fallas técnicas, 14 hospitales en siete regiones habían paralizado sus obras. Solo en Arequipa había tres hospitales inconclusos desde hacía cuatro años, y en Tacna el hospital llevaba ocho años detenido en su construcción.

En el peor momento de la emergencia, cuando había que repartir pocas camas en muchos lugares, con los insumos urgentes exportándose o los equipos inutilizados por juicios o por desidia de las autoridades, había que sacarlos de las UCI de los hospitales en donde no eran urgentes y llevarlos a otros que sí los necesitaban. En algunos casos, bastaba un trámite con unas cuantas firmas, pero, en otros casos hizo falta el apoyo de las fuerzas del orden para poder entrar, extraer equipos sin utilizar y llevarlos a centros de salud donde urgían.

Para fines de julio de 2020, la postal de los cilindros verdes formando fila en las calles se había trasladado al centro de Arequipa. Demoró en llegar, pero en pocos días el virus arreció, atestando los hospitales. En las afueras, decenas de enfermos esperaban ser atendidos. Algunos eran acomodados por sus familiares dentro de los carros estacionados, que habían sido cubiertos con mantas para impedir que el frío de la madrugada penetrara el interior del vehículo. Por la rendija de algunos de los vidrios asomaban tubos transparentes

conectados a balones verdes sobre la pista. Se hallaban por cientos en veredas, en colas que doblaban las esquinas, a las puertas de los negocios expendedores de este gas atmosférico, en páginas web, muchas de ellas, falseando el logo de las empresas de venta de oxígeno (o vendiéndolo sin ningún tipo de certificado de calidad), hasta convertirse en una de las visiones más trágicas de la emergencia.

Uno de esos días, el domingo 19 de julio, Martín Vizcarra viajó a Arequipa. Era otro de esos viajes desgastantes a los que él y sus ministros tenían que someterse como parte de la pesadilla en que se había convertido el trabajo de gobernar el Perú. Al salir del Hospital Honorio Delgado, entre la multitud por el cordón policial apenas podía contener, destacaba por su desesperación una mujer de unos 40 años, que gritaba por ayuda para su esposo que estaba en una carpa dentro del hospital. “A la carpa!”, gritaba “vaya a la carpa”, como si el presidente de la república tuviera poderes taumatúrgicos, igual que los reyes medievales que con solo tocar o mirar a un enfermo podrían curarlo.

Vizcarra salió del hospital, cruzó los escasos metros que lo separaban del auto oficial y partió. “No me di cuenta por el caos, el tumulto, no me di cuenta”, explicó después. Pero la mujer, Celia Capire, cubierta con mascarilla y protector facial, no se rindió y partió a la carrera atrás de la comitiva presidencial. Las escenas que sugirieron eran lo que los reporteros llaman “desgarradoras”, y en verdad, eran dolorosas de ver. Celia Capire corre y clama al borde de la carretera, mientras que los autos oficiales, las motos de la policía, los patrulleros y los carros llenos de periodistas pasan indiferentes y la dejan atrás.

¿Señor presidente, tiene que ir a la carpa... Mi esposo está mal... por qué lo dejan ir? ... ¿por qué el presidente es malo por qué son así ... no piensan en sus familias? A todos les va a pasar. ¡A la carpa... vayan a la carpa!

Cientos de miles, acaso millones, vieron el video que en unos segundos pulverizó la imagen de la alma y cercanía que quería proyectar Vizcarra. (p. 172).

Los hechos aquí descritos nos son ficción, son hechos reales, que sin duda alguna muchos de ellos pudieron ser evitados con un idóneo perfil directivo en salud, que ponga en el centro de la organización a la persona.

## **4.2. El Octógono del directivo regional público en Salud**

El Octógono ayuda a diagnosticar cómo es y cómo funciona una institución, es una realidad compleja, es un sistema que no se reduce a la suma de sus partes. Por ello, la presente investigación propone el Octógono para Directivos o Gerentes Regionales de Salud, que por su función dirigen y ejercen autoridad en materia de salud en el ámbito geográfico asignado por la alta dirección del Gobierno Regional. Quienes con una visión íntegra deben tomar decisiones a través de la reflexión y de la buena práctica, con la finalidad de garantizar el adecuado servicio de salud en beneficio de los pacientes que esperan calidad en la atención, tratamiento necesario y oportuno.

A continuación, veremos de forma rápida y cada nivel, en qué consiste cada elemento de este modelo:

### **4.2.1. El primer nivel: modelo mecanicista**

El primer nivel está basado en la teoría “X” – mecanicistas de la organización, que está referido a motivos extrínsecos dentro del sistema formal, obviando algunos aspectos no formalizados que se verán en los siguientes dos niveles (Alcázar, 2019a, p. 81).

En el Entorno Externo, encontramos aspectos que no están influidos por la DIRESA o GERESA que escapan a su control pero que pueden influir favorable o desfavorablemente en ella; como, por ejemplo: que la entidad pública en salud es descentralizada; hay una alta demanda en servicio de salud; brindan un servicio en el que las personas más vulnerables con menos recursos acuden para una atención óptima en salud, sin embargo, existe una deficiente planificación en los documentos de gestión; deficiente gestión del presupuesto público asignado; escasa profesionalización en los cargos y alta rotación; incremento de la demanda en Emergencias Sanitarias, precario perfil del profesional Directivo Regional en Salud.

En ese cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública, como organización que aprende y conoce a cada una de las personas con las que trata y su modo de ser dirigentes o subordinados, para tener una forma de hacer lo encomendado, teniendo en cuenta el entorno externo.

La Estrategia, muestra las características del servicio como: la acción directiva que incide en una diversidad de profesionales de la salud en el ámbito de la región; para el cumplimiento de los objetivos estratégicos y la reducción de los indicadores, que buscan mejorar el estado de Salud de la Población; organizando y garantizando la atención en consultorio por tipo de especialidad; y por último promueve estudios sobre prevalencias diversificada de acuerdo al territorio y densidad poblacional.

En este cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública, promoviendo la colaboración en el equipo independientemente del nivel de subordinación, y teniendo caridad en la orden para delegar las acciones, para eso se debe saber escuchar y saber hablar.

Los Sistemas de Dirección, son los mecanismos usados por las DIRESA o GERESA para garantizar que se cumplan con los objetivos, metas, tareas, funciones, procesos, Podemos encontrar: Un sistema de promoción de cargos directivos es por recomendación, no por un sistema de evaluación de desempeño; Alta rotación e incertidumbre en los cargos de confianza; Diferencias en estilo de gestión; reuniones de directorio semanal; Cumplimiento de Políticas Públicas (Planes, programas, manuales, instructivos), Planes e Instrumentos de Gestión (Normas, Planes de Desarrollo Concertado PDC, Plan Regional de Capacidades; Presión para el cumplimiento de metas y objetivos, que no están de acuerdo a su demanda territorial ni a su capacidad organizacional; Políticas de austeridad que afectan su eficiencia; La alta dirección no tiene una comunicación clara o asertiva; No existe un sistema de evaluación de desempeño a los directivos de línea

En este cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública, entendiendo que además de organizar el trabajo, debe buscar sucesores en el gobierno, pero sobre todo formarlos adecuadamente, para garantizar la supervivencia de la institución pública para que continúen con las acciones que ellos empezaron.

La Estructura formal, representa el conjunto de tareas, funciones y papeles que constituyen el diseño de una organización, aquí encontramos los organigramas que son descentralizados y cuentan con una autonomía operativa, pero son poco funcionales.; Manual de organización y funciones - MOF y Reglamento de organización y funciones -ROF, además encontramos que no hay línea de carrera ni meritocracia; un alto número de personas a cargo del directivo con insuficiencia de perfiles profesionales para los puestos y duplicidad y sobreposición de funciones del personal a cargo del directivo.

En este cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública, teniendo en cuenta que, para dirigir se debe tener claro la problemática del sector, el plan de desarrollo concertado actualizado y los planes de gestión.

#### **4.2.2. El segundo nivel: modelo psicosocial**

El segundo nivel está basado en la teoría “Y” – psicosocial de la organización, está basada en el principio de que la gente quiere y necesita trabajar, toma en consideración la atractividad, pero no discierne entre los motivos internos (Ferreiro, 2013, p. 39).

El Saber distintivo, son sus capacidades específicas, el aprendizaje que se ha adquirido a medida que se han ido resolviendo los problemas con los que la institución se ha enfrentado: Conocimiento y experiencia de las enfermedades prevalentes debido a la amplia cobertura del servicio de Salud Pública; Vinculación de la academia a nivel regional para desarrollar capacidades y conocimientos; y Atención calificada en Centro de Salud; Hospital por nivel de complejidad (I, II, III); Institutos Especializados (Neoplásicas, materno infantil, etc.); Patología Clínica

En este cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública, respetando el ritmo de adquisición de los conocimientos suficientes para decidir con acierto. Es por ello, que la información debe anteceder a la decisión, y esta a la ejecución.

El estilo de dirección, representa el modo concreto en que se llevan a cabo las operaciones y se toman las decisiones, podemos encontrar el modo de gestión descentralizada; la toma de decisión de los directivos está en función a criterios individualistas; tiene un estilo de dirección delegativa, pero sin feedback: la participación es a través de una organización gremial / sindicatos. Sin embargo, existe demasiada burocracia que limita la innovación; pero los directivos esperan eficacia y lealtad sin excepciones. Por último, hay diferencias sobre el mismo criterio remunerativo para el mismo cargo.

En este cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública cuando tiene las virtudes de responsabilidad, prudencia, justicia, fortaleza, templanza y veracidad. Con la finalidad de reconocer al colaborador más apto para cada puesto, de esta forma poder exigir el aporte que éste entrega y subordine sus actividades a los intereses generales.

La Estructura real, se refiere a ¿quién es quién en la empresa? Representa a las personas concretas que realizan las funciones o tareas, aquí encontramos: Línea de mando formal pero muy amplia y compleja; con funcionarios de origen y permanencia en el sector público con objetivos individuales; compartimientos estancos a través de áreas o direcciones; Además de colaboradores que carecen de motivación; falta de capacitación y falta de confianza; con poca iniciativa y vocación hacia la innovación; personas desmotivadas ante una escasa carrera meritocrática.

En este cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública, aquí el directivo debe tener una mirada colaborativa para poder observar posibilidades de alternativas y así mejorar la actividad.

#### **4.2.3. El tercer nivel: modelo antropológico humanista**

Este modelo incluye a los modelos mecanicista y psicosociológico, pero además muestra otros componentes no contemplados, como el “contexto social”, que sirve para el buen funcionamiento de la organización.

La Misión externa, se encuentran las necesidades reales que se busca satisfacer en los colaboradores y pacientes, en ese sentido encontramos la satisfacción de los pacientes con un tratamiento óptimo, oportuno y eficiente.

En este cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública cuando entienda que el ordenar adecuadamente implica coordinar, coordinar implica dirigir una instrucción a quien tiene que ejecutarla. Aquí, se debe tener en cuenta que cuanto más libre es el directivo, más contenido tienen sus órdenes. Del mismo modo, cuanto más libres son los trabajadores, más iniciativa personal ponen en su cumplimiento.

Los Valores de la dirección, son el grado de motivación racional por motivos trascendentes de los principales directivos, en ese sentido encontramos; que ven a las personas como medios para cumplir con objetivos y metas; por eso hay bajo compromiso para la atención al paciente; las decisiones que toman se ven influenciadas por la inestabilidad en el cargo; y por último no hay preocupación genuina por los trabajadores.

En este cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública cuando el directivo esté listo para convocar al trabajo, es hacer trabajar, para asegurar la supervivencia del trabajo. Pero debe tener un sentido mayor, una finalidad superior, que es la de servir al bien común.

La Misión interna, busca satisfacer necesidades reales de los colaboradores, es importante que el Directivo reconozca el esfuerzo mediante resoluciones u otros; Sin embargo, debe evitar que la presión por el trabajo influya negativamente en su vida; por último, promover que tengan capacitaciones que responda a necesidades reales.

En este cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública, el Directivo debe tener claro que se debe saber que el servicio es una actitud, que tiene que ver con el modo en que se busca y se aprecia el beneficio. No se puede hacer cosas que beneficien a la institución, pero que sean perjudiciales para los colaboradores.

Por último, el Entorno interno, recoge características o situaciones propias de los partícipes internos de la organización o institución, pero que podrían tener impactos positivos y negativos en ella. El problema que se observa es que los directivos no atienden ni satisfacen

necesidades personales de los trabajadores, existe una alta presión por cumplir metas y objetivos que afectan directamente sus vidas personales y familiares.

En este cuadrante el Perfil del Directivo Regional de Salud, contribuirá a la Institución Pública, al comprender que cuando la persona da, es superior a recibir, porque al dar se sirve a los demás. Se debe tener claro que no basta con el hecho que una persona empresa o institución señalen el hecho de querer servir, esto no significa en ningún modo que lo estén haciendo. Además, no se debe olvidar que no se puede hacer cosas que beneficien a la institución, pero que sean perjudiciales para los colaboradores.

Por otro lado, el principal problema mencionado por los directivos regionales es la falta de recursos económicos. Se explica que el presupuesto se encuentra centralizado en el Ministerio de Salud, y que el dinero recibido permite muy poca capacidad de gestión, pues la gran mayoría de este, ya se encuentran destinado para fines específicos. Desde una visión del gobierno central también se menciona, en el grupo focal realizado, que las direcciones y gerencias regionales de salud se encuentran condicionadas a la asignación de presupuesto de los Gobiernos Regionales.

Los directivos entrevistados buscan aprovechar sus recursos de la mejor forma posible, pero coinciden en que este es insuficiente. Ninguno de los entrevistados ha mencionado la existencia de alguna estrategia innovadora para obtener mayores recursos, solo el concretar reuniones con el Ministerio de Economía y Finanzas. Dentro de los expertos consultados en el grupo focal, se ha mencionado que en los últimos años se ha observado la falta de líderes que administren y gestionen en salud en cada región. Este problema podría atenderse con la búsqueda de donaciones, auspicios, asociaciones público-privadas, obras por impuestos, entre otros.

**Figura 32. Octógono del directivo en la Dirección/ Gerencia Regional de Salud**



Fuente: Alcázar (2019b, p. 14)



## Capítulo 5. Hacia un nuevo perfil del Directivo Público regional en salud

Según el documento del Banco de Desarrollo de América Latina (2019, p. 102), Integridad en las políticas públicas: Claves para prevenir la corrupción, el establecer un perfil para el director o gerente Regional de Salud garantiza un mínimo de requisitos para poder ejercer las funciones y a la vez genera un círculo virtuoso en el que la integridad pública genera más integridad. Integridad en las DIRESA o GERESA y en todas las instituciones públicas, permitirá atraer a trabajadores con mejores atributos en términos de capacidad, motivación y honestidad, además, permitirá reforzar la calidad institucional y generar un círculo virtuoso.

La designación al cargo como hemos aludido líneas arriba la hace el Gobernador Regional que, al momento de designarlo emite una Resolución Ejecutiva Regional en la que le otorga la confianza, este encargo se extingue cuando la misma autoridad regional, le retira la confianza, no existe un criterio “formal” para el nombramiento o el cese se produzcan, por ejemplo, logro por resultados, logro de objetivos, etc.

¿Quién debe utilizar este instrumento que propone un mecanismo para seleccionar un idóneo perfil directivo en salud? La respuesta tiene una antes y un después; Los movimientos regionales y partidos políticos que postulan en sus filas a candidatos a la gobernatura regional deberían tener acceso a él antes del acceder a una administración regional, para identificar y desarrollar cuadros que tengan el perfil, la responsabilidad es mayor para los segundos, en la medida que:

[...] Los partidos nacionales habían prácticamente desaparecido del mapa político regional y cedido espacios a los incipientes movimientos regionales, que —más por defecto que por virtud— habían vencido a los partidos en la mayoría de las regiones del país. Mirando en perspectiva las tres elecciones regionales desde que se inició la descentralización, se confirma la buena racha de los movimientos regionales, pues ganaron en 8 regiones en 2002, en 18 en 2006 y en 21 en 2010. (Vera, 2010).

Esta tendencia no ha cambiado, en el último proceso electoral regional municipal en el año 2018, el resultado de autoridades electas por partido político a nivel nacional es de 22, una cifra inferior respecto a las 105 autoridades electas (gobernadores y alcaldes) provenientes de 160 organizaciones políticas de regionales.

Y después ya en el ejercicio de la función debería acceder a esta propuesta evidentemente quien delega – el gobernador regional –, además del Consejo Regional, espacio de fiscalización

subnacional que tiene funciones análogas a las del Congreso de la República y que está normado por la Ley 27867 (2002), Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales, que en el ejercicio de sus funciones debería exigir el cumplimiento de una línea de base para el cargo; adicionalmente deberían acceder a ella la Autoridad Nacional de Servicio Civil, la academia, los gremios profesionales entre otros.

Precisamente, en el presente capítulo se buscará realizar recomendaciones sobre los aspectos relevantes, para lograr un perfil mínimo exigible en el desempeño de la función pública regional en salud.

Para ello primero se realizará un mapeo de las principales fortalezas y debilidades encontrados en cada dimensión de la dirección, dentro de las regiones estudiadas (Tabla 42).

**Tabla 43. Principales fortalezas y debilidades en las dimensiones de Dirección**

Dimensión	Fortalezas	Debilidades
Dimensión Estratégica	Existe un espacio para que el directivo pueda proponer sus visiones a corto, mediano, y largo plazo.	Los directivos públicos cuentan con poca estabilidad en el cargo. Los objetivos informales dependen mucho del directivo de turno. Poco presupuesto para ejecución, dependen del MEF y del Gobierno Regional. Ausencia de una estrategia frente a ellos.
Dimensión Ejecutiva	Se da importancia a las reuniones periódicas con el equipo. Desarrollo de estrategias para participación de equipos	Limitado manejo sobre los recursos humanos. Sueldos reducidos para directivos. Al no tener un perfil directivo, no se ha desarrollado una formación adecuada.
Dimensión de Liderazgo	Se apuesta por resaltar la importancia del trabajo del equipo para la salud de las personas en la región.	No se cuentan con otros medios de motivación, como capacitaciones. No se cuenta con una estrategia para buscar la motivación de los trabajadores.

Fuente: elaboración propia

Sobre estas fortalezas y debilidades, se han establecido las siguientes recomendaciones para un directivo de salud regional:

- Promover un trabajo en conjunto con la academia para desarrollar capacidades competitivas.
- Gestión de recursos (logísticos, operativos, financieros y de personal) que deben ser sostenible y sustentables con un enfoque territorial en el tiempo. A través de estrategias frente a la falta de presupuesto. Se debería buscar el establecimiento de convenios con organismos internacionales, ONGs, empresas privadas e instituciones educativas.

- Generar institucionalidad sobre los aspectos positivos de la gestión directiva. Se debería buscar que las fortalezas perduren en el tiempo, y que no se pierdan con el cambio de gestión. Buscar una perspectiva multianual con enfoque de continuidad.
- Identificar y desarrollar capacidades directivas, con concurso internos que permitan ser parte de un programa de incentivos, a través de una línea meritocracia transparente y predictiva.
- Generar mayor flexibilidad sobre la conformación de los equipos y la contratación de personal idóneo para el cumplimiento de los objetivos.
- Desarrollar políticas de reclutamiento para captar a los mejores profesionales en su rubro, tanto para la parte asistencial y prestacional de la gestión regional.
- El plan de desarrollo de capacidades debe estar alineado a un plan de incentivos en el que los incentivos económicos son el primer nivel, el segundo nivel son los reputacionales que afianzar su atractividad; En el tercer nivel están los intrínsecos que afianza la atractividad en los directivos.
- Reivindicar el principio de subsidiariedad para un relanzamiento regional, teniendo un criterio de territorialidad, interculturalidad y solidaridad.
- Buscar poner en agenda mejores condiciones para la descentralización del servicio de Salud. Definir mejor las responsabilidades y las entregas de presupuesto.

### **5.1. El nuevo perfil del directivo público regional en salud**

Los enunciados que proponemos a continuación son el resultado del análisis que por dimensiones se ha desarrollado en amplitud en los capítulos III y IV de la presente investigación. Su redacción afirmativa y en presente corresponde a la hermenéutica vigente en gestión pública.

#### **5.1.1. La dimensión estratégica del nuevo perfil**

- El nuevo Directivo Público regional en salud cumple sus funciones, establecidas por norma, y hace que su institución cumpla las funciones establecidas en su respectivo Reglamento de Organización y Funciones (ROF). Al mismo tiempo, este directivo va más allá de la norma y propone nuevas medidas con la finalidad de mejorar la entrega del servicio de salud en la región, para así mejorar la calidad de vida de los ciudadanos.

- Este directivo usa el enfoque territorial, multinivel y de gobernanza para el cumplimiento de sus funciones. Se toma en cuenta las características particulares del territorio a su cargo y de las personas que habitan en el mismo para la toma de decisiones.
- El directivo busca institucionalizar sus medidas más importantes. Este hace uso de normas y demás instrumentos de gestión con la finalidad de que los aspectos positivos de la gestión perduren en el tiempo.
- El directivo público regional en salud es un “buscador de oportunidades”. Este aprovecha los aspectos positivos de su entorno y toma en cuenta a actores clave para conseguir mayores recursos y soporte.

### **5.1.2. La dimensión ejecutiva del nuevo perfil**

- El nuevo Directivo Público regional en salud posee de virtud la justicia.
- Este directivo, tiene la capacidad de comunicar con asertividad las disposiciones que da, teniendo en cuenta que los colaboradores sepan, puedan y quieran cumplirlas disposiciones.
- Este Directivo tiene la libertad de conformar su equipo de trabajo con personas idóneas y capacitadas para el cargo.
- Este directivo valora la meritocracia, y tiene el talento para colocar a cada persona en el puesto idóneo.
- El directivo regional en salud se reúne constantemente con su equipo, y los directores de las demás áreas. Este fomenta también que los demás directivos se reúnan con sus propios equipos.
- El directivo regional en salud promueve nuevas metodologías para la participación de los miembros de la Gerencia o Dirección. Se busca obtener su opinión y basarse en su experiencia para la toma de decisiones.
- El directivo regional en salud busca que su equipo reciba una remuneración justa, y de acuerdo con la ley.

### **5.1.3. La dimensión de liderazgo**

- El nuevo Directivo Público regional de salud conoce la necesidad de contar con un equipo realmente motivado. Este resalta y agradece la importancia del trabajo de los miembros de su equipo para la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos de la región.

- El directivo es un líder capaz de formar a través del ejemplo, desarrolla valores en las personas y en la organización.
- El directivo es capaz de comunicar la importancia del sector para la calidad de vida de las personas de la región.
- Este directivo es una persona digna de confianza.
- Este directivo propone nuevas estrategias de motivación para sus trabajadores, es capaz de motivarlos mostrando los logros como parte de un equipo o haciéndolos parte de él.
- Sus motivos trascendentes lo impulsan a que las personas que son parte de la organización sean eficaces y desplieguen capacidades estratégicas.
- El directivo reconoce la importancia de contar con un buen clima laboral en su institución, y fomenta buenas prácticas para generarlo.
- El directivo es una persona leal, justa y positiva.

## **5.2. Modelo ANALE (Autoridad Nacional Asistencial en Liderazgo, Ejecutivo y Estrategia En Salud)**

La presente propuesta recoge los aportes del filósofo español Leonardo Polo sobre los nueve puntos que el directivo debe tener en cuenta, para establecer las condiciones necesarias que debe tener un Directivo Regional en Salud, de modo que se garantice un mínimo de eficiencia en las tres dimensiones en la organización de la gestión pública.

Esta es la propuesta académica fundamentada, un instrumento de gestión para la selección de un perfil idóneo en salud.

### **1. Las personas**

Es habitual que el directivo regional en salud estudie miles de horas sobre diversas disciplinas. Sin embargo, no es frecuente que realicen estudios teóricos sobre el ser humano, teniendo en cuenta que en su día a día, lo que hacen es dirigir a personas.

Es por esta razón que lo que el Directivo debe aprender teóricamente es -a la persona- con las que trata y su modo de ser, porque en una empresa o institución las personas pueden ser dirigentes o subordinados y tendrán una forma diferente de hacer lo encomendado. En ese sentido, el directivo debe saber- quién es el mismo - y saber cómo es la naturaleza humana común; con una fuerte dosis de humanismo.

El directivo debe ser parte de un trinomio que incluye la familia y la academia, siendo estas instituciones positivas.

### **2. Los colaboradores: el equipo**

Para el directivo regional en salud, no es conveniente, ni es capaz de dirigir en solitario, la orden no puede ser unilateral, debe ser bidireccional y tiene como punto de referencia el respeto. Se debe tener en cuenta que toda disposición del Directivo se basa en objetivos y no en tareas, lo que afianza la iniciativa e innovación de los colaboradores. Es decir, cuando el director dirige, debe tener clara la orden, saber qué es lo que el emisor pretende “a” y lo que el receptor logra, que a veces termina siendo “b”, obteniendo un resultado diferente.

Uno de los principales problemas del Directivo es la centralización, es decir, no saber delegar, por lo que no resulta siendo eficiente. Cuando el trabajo depende de que otros trabajen, hay que referirse a colaboración, independientemente del nivel de subordinación que exista. El Directivo debe promover que sus colaboradores actúen libremente, es decir, de forma responsable. De esta manera, quien dirige reconoce la condición personal de sus dirigidos y con ello comprende que no gestiona un colectivo que manda a otras personas libres, para eso se debe saber escuchar y saber hablar, debe ser ciertamente una autoridad que haga buen uso del poder.

### 3. Los sucesores

Una de las principales cosas que debe hacer el directivo regional en salud es, además de organizar el trabajo, buscar sucesores para la DIRESA o GERESA, las subgerencias y órganos de apoyo y de línea, pero sobre todo formarlos adecuadamente, incentivarlos a ser parte de una carrera que privilegie el mérito, para garantizar la supervivencia de la institución pública para que continúen con las acciones que ellos empezaron, con un criterio de continuidad.

Cuando el Directivo advierta que la persona no cumpla con los requisitos de formación o capacitación está en la obligación de dimitir.

El directivo, debe aceptar las críticas positivas, pero sobre todo las negativas de sus colaboradores, en ningún caso debe tomarlo de manera personal.

### 4. La formación

Para que el directivo regional en salud pueda conducir la institución es necesario que pueda promover el aprendizaje de conocimientos que permitan las decisiones acertadas. Es por ello, que la información debe anteceder a la decisión, y está a la ejecución.

Sin embargo, es conveniente que el Directivo Regional en Salud tenga claro la problemática del sector, el plan de desarrollo concertado actualizado y los planes de gestión que haga de ellos una verdadera hoja de ruta, que le permitirá tomar decisiones; pero en ningún caso debe ser limitantes, por lo que debería tener autonomía, para la solución de un problema

que en ningún caso es única, sino debe tener alternativas para su resolución de las circunstancias que tenga que valorar.

#### 5. Las virtudes

Algunas de las virtudes que debe tener el directivo regional en salud es ser justo, leal, honesto, integro, responsable, prudente, y desempeñarse con fortaleza, templanza, y veracidad. Esto es muy importante porque, el que carece de estas virtudes no puede resistirse al mal. La primera de las virtudes es la templanza; por ella el sujeto controla sus pasiones y las dirige en armonía con su razón. Podemos decir que, quien no controla sus deseos no puede gobernar bien la institución.

Hay que tener en cuenta que un Líder Directivo no puede practicar el “amiguismo” o algún tipo de favoritismo, debe ser imparcial, reconocer al más apto para cada puesto, para poder exigir el aporte que éste entrega y subordine sus actividades a los intereses generales.

#### 6. Los objetivos

Para que el directivo regional en salud emprenda, se debe tener claro los objetivos. Si, no se sabe que se quiere, toda la información o comunicación es inútil. La comunicación como centro de los objetivos es la verdad.

El directivo debe tener una mirada colaborativa para poder observar posibles alternativas y así mejorar la actividad. Los objetivos que planea el Directivo deben ser factibles con los recursos que se tiene, y de ser necesarios poder actualizarlos, materializar la idea y realizarlos. Con los objetivos claros el directivo puede disponer de medios para poder lograrlos.

#### 7. La acción de gobierno

El directivo regional de salud debe tener en cuenta que, en su acción directiva, está llamado a atender a poblaciones que están al margen de una mirada estatal y de la satisfacción de sus necesidades, por lo que su conducta debe ser inmediata y empática, porque estamos hablando de poblaciones vulnerables y territorialmente excluidas.

En la acción del gobierno interviene muchos elementos como: las relacionadas a la propia inteligencia y la voluntad; y las naturales y culturales de la realidad externa, se debe mandar teniendo en cuenta las particularidades de territorio, en la que la persona su identidad y cosmovisión son el centro.

En ese sentido, el saber mandar equivale a ordenar, emitir órdenes y también establecer un orden para la realización de la acción que se pretende ejecutar.

No debemos olvidar que el mando se debe realizar sobre personas libres, y existe una diferencia entre el contenido de la orden y lo que se logra comunicar; con el modo en que esa orden es emitida y cómo es aceptada y ejecutada en el marco de las acciones de gobierno.

“Se debe tener en cuenta que cuanto más libre es el directivo, más contenido tienen sus órdenes. Del mismo modo, cuanto más libres son los trabajadores, más iniciativa personal ponen en su cumplimiento” (Alcázar, 2015, p. 128).

#### 8. El dinero: Trabajo en potencia

El directivo regional en salud debe ponderar que el servicio que presta no está condicionado al dinero. Puesto que hay recursos más trascendentes, y si bien el servicio público irroga un costo, hay competencias y directivas que son incuantificables como la integridad, la capacidad de gestión de recursos y la comunicación efectiva; para que asegure la supervivencia del trabajo, este es el sentido ético del dinero. Pero debe tener un sentido mayor, una finalidad superior, que es la de servir al bien común, que no es la suma de bienes materiales y monetarios de una colectividad, la salud y la vida de las personas son un capital incuantificable.

#### 9. El servicio al bien común

Es preferible cuando el directivo regional en salud da, entienda que esto es superior a recibir, porque al dar se sirve a los demás. Se debe tener claro que no basta con el hecho que una persona o institución señalen el hecho de querer servir, esto no significa en ningún modo que lo estén haciendo. Se debe saber que el servicio es una actitud, que tiene que ver con el modo en que se busca y se aprecia el beneficio. No se puede hacer cosas que beneficien a la organización, pero que sean perjudiciales socialmente.

El centro de Estado es el ciudadano la persona, no hay nada más relevante que velar por su salud, su vida y su bienestar.

### 5.3. Propuesta para director(a) de la DIRESA / GERESA

#### Requisitos mínimos:

- Título profesional universitario en ciencias de la salud o ciencias sociales o económicas. Colegiado y habilitado, de corresponder.
- Constancia de egresado o título de maestría o de especialidad vinculada a la administración o gestión en salud, salud pública, gestión pública o gestión de gobierno y/o personas, desarrollo social o afines a la función.
- Resolución de término del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS), de corresponder.

- Conocimientos Técnicos principales requeridos para el puesto (Sustentar con documentos): Legislación emitida por los entes rectores de los sistemas administrativos, normas lineamientos e instrumentos vinculadas a la gestión sanitaria, normas y herramientas vinculadas a la gestión pública.
- Curso o programas de especialización en: Salud o gestión públicas o gerencia social o sistemas administrativos o epidemiología, o gestión de los servicios de salud o gestión de talento humano, o gestión de proyectos de inversión o gestión de riesgo, o gestión de la calidad o gestión de conflictos o habilidades blandas, o gestión del cambio o gestión de la información o afines.
- Experiencia general: cinco (5) años en el sector público y/o privado y experiencia específica en el puesto tres (3) años en el sector público como: Gerente, director, coordinador, supervisor y/o jefe.
- Contar con reconocida y comprobada trayectoria profesional e idoneidad, para evaluar la idoneidad moral se toma en consideración el comportamiento laboral, comunitario y familiar, y el no haber sido sancionado por la comisión de faltas éticas por el órgano competente.
- No tener condena firme por delito doloso.
- No estar en el registro de deudores alimentarios.

**Competencias:**

Las competencias fundamentales para ejercer el perfil directivo propuesto son:

- Liderazgo.
- Capacidad de gestión estratégica y ejecutiva.
- Negociación y gestión de conflictos.
- Comunicación efectiva.



## Conclusiones

La descentralización en el Perú ha sido producto de un proceso desordenado de transferencia de competencias y con poco énfasis en la transferencia de capacidades, para que los Directivos Públicos al margen de Lima puedan administrar sus propios recursos. Este hecho ha incidido de manera determinante en la esfera de los Gobiernos Regionales (respecto a los Gobiernos locales) entre otras razones porque, en este nivel de gobierno se concentra un número significativo de competencias y recursos.

El sistema de salud peruano requiere de un proceso de mejora de la calidad normativa. Las normas y reglas del sistema deberían facilitar la toma de decisiones de los gestores regionales. El día de hoy, las GERESAS y DIRESAS no tienen autonomía administrativa, ni presupuestal efectiva respecto a los recursos que se les ha asignado, en la medida que las normas de desarrollo constitucional establecen parámetros que limitan el pleno ejercicio de sus competencias.

La Pandemia y la situación de Emergencia Nacional por el COVID-19 ha evidenciado la ausencia de capacidades regionales para la óptima gestión del servicio de salud, así se puede ver indicadores como la racionalización de personal médico y asistencial, la precaria infraestructura hospitalaria, la compra de equipos médicos, abastecimiento de insumos y medicamentos, entre otros; por lo que se debe explorar fórmulas mixtas de gestión en salud (Gobierno Nacional y Regional) en circunstancias excepcionales de emergencia sanitaria ponderando el bien común.

Se hace necesario implementar un perfil directivo en salud, para lograrlo se debe asumir un criterio que le permita valorar al profesional idóneo. Desde la teoría de las funciones fundamentales de la dirección propuesto por Pérez (2018) se propone que la acción directiva debe tener 3 dimensiones concurrentes, la estratégica, la ejecutiva y de liderazgo.

El trinomio de las dimensiones Estratégica – Ejecutiva – Liderazgo no se limita a la cúspide de la gestión administrativa en salud, debe replicarse en todo el sistema de la organización de tal forma que los subgerentes de salud, jefes de departamento, órganos de apoyo tengan las mismas condiciones de eficiencia, eficacia y consistencia para que todos agreguen valor a la organización. La rectoría en salud debe trasladar integridad pública para generar más integridad, así se permitirá atraer a trabajadores con mejores atributos en términos de capacidad, motivación y honestidad, además, permitirá reforzar la calidad institucional,

entendiendo que no son compartimentos estancos, se desarrollará un engranaje de virtualidad cuyo centro es la persona.

Las Gerencias y Direcciones Regionales de Salud deben reposicionarse en la esfera regional. Estas instituciones regionales deberían buscar contar con, al menos, el 20% del presupuesto total regional y la designación de profesionales con las mejores condiciones posibles para el desempeño pleno de sus funciones, atribuidas en el marco legal vigente.

Por otro lado, se ha demostrado en materia sanitaria que existen un número y diversidad de planes que no son vinculantes a la gestión y que no están actualizados al planeamiento regional y nacional, por lo que en la dimensión estratégica se debe priorizar el planeamiento transversal, vinculante y por resultados.

La Planificación en salud debe ser el derrotero del nivel estratégico liderado por el Ministerio de Salud, CEPLAN y los centros de planificación regionales.

Las limitaciones de esta investigación están referidas al análisis en la calidad de la ejecución de gasto de los gestores de salud, vinculando la ejecución de gasto respecto al cronograma de transferencia del MEF.

Por otro lado, explorar las posibilidades que la administración regional tiene como el uso del canon minero, redefiniendo la salud como una inversión y no gasto público, no hay mejor inversión que no se hace en salud -privilegiando la preventiva, atendiendo a que los Gobiernos Regionales de Arequipa y Cajamarca son los que más perciben por concepto, sin embargo, Arequipa tiene una ejecución que no supera el 80% y Cajamarca en el 2018, sólo ejecutó el 38.3% del presupuesto asignado.

Los Gobiernos regionales que menos reciben por concepto de Canon, son Madre de Dios y Pasco. El primero en el 2017 solo ejecutó 32.8% y el segundo en el 2020 solo ejecutó el 40.1%, respectivamente. Recursos que pudieron incidir en la salud y bienestar de los ciudadanos de estas circunscripciones territoriales.

## Bibliografía

- ¿Cómo empieza el sector salud en 2020?: infraestructura y equipamiento. (31 de enero de 2020). *ComexPerú*. Recuperado de <https://www.comexperu.org.pe/public/articulo/como-empieza-el-sector-salud-en-2020-infraestructura-y-equipamiento>
- Acuerdo Nacional. (2002). *Políticas de Estado*. Recuperado de <https://www.acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%e2%80%8b/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/>
- Aguirre, M. (2013). *El éxito pasa por la ética* [diapositivas de PowerPoint].
- Alcalde-Rabanal, J., Lazo-González, O. y Nigenda, G. (28 de marzo de 2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, 53. Recuperado de <https://www.saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5045/4871>
- Alcázar, M. (2015). *Cómo mandar bien. Consejos para ser un buen jefe*. Lima: Infobrax.
- Alcázar, M. (2019a). *Introducción al Octógono, una teoría de empresa centrada en el conocimiento y en el querer de las personas*. Pamplona, España: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Navarra.
- Alcázar, M. (2019b). *Guía del Octógono: Cuadro para el diagnóstico y la toma de decisiones*. Lima: Universidad de Piura. PAD-Escuela de Dirección.
- Álvarez, M. (2020). *La libertad y sus condicionantes en la vida del empresario* [diapositivas de PowerPoint].
- Aramayo, A. (2 de mayo de 2020). *Descentralización: más que recursos no financieros* [Actualización de estado]. Facebook. [https://www.facebook.com/AleAramayoGaona/photos/a.662753513785479/3066412153419591/?type=3&source=54&\\_se\\_imp=0SeJ1WIEKOaJHZO2D](https://www.facebook.com/AleAramayoGaona/photos/a.662753513785479/3066412153419591/?type=3&source=54&_se_imp=0SeJ1WIEKOaJHZO2D)
- Aramayo, A., Paredes, F. y Ugarte, A. (2017). *Evaluación al proceso de Descentralización*. Lima: Ediciones Nova Print.
- Arévalo, F. (2018). *Dirección educativa* (Trabajo de investigación de Magíster en Gobierno de las Organizaciones). Universidad de Piura. PAD-Escuela de Dirección. Lima, Perú.
- Arizmendi, P., Oliveros, E., Pantigoso, P. Rivera, García, C., Montoya, R., Castañeda, H., Talavera, A. y Chavez, D. (2016). *Agilizando la Ruta del Crecimiento: II Parte del Plan Nacional de Infraestructura 2016-2025*. Lima: Asociación para el fomento de la Infraestructura Nacional del Perú [AFIN].

- Arroyo, J. (2015). *La Salud Hoy: Problemas y Soluciones*. Lima: CENTRUM Católica.
- Banco de Desarrollo de América Latina. Corporación Andina de Fomento [CAF]. (2019). *Integridad en las Políticas Públicas: claves para prevenir la corrupción*. Bogotá: CAF.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (27 de abril de 2020). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Banco Mundial. (2011). *Mejorando los resultados de Salud mediante el fortalecimiento de los derechos de los usuarios y de la gestión del sector público*. (Informe N° 59218 PE). Unidad de Gestión del Sector de Desarrollo Humano, Unidad de Gestión de Países Andinos, Región de América Latina y el Caribe.
- Blume, E. (2006). *La descentralización en la Constitución del Perú, derecho constitucional para el siglo XXI*, Actas del VIII Congreso Iberoamericano de Derecho Constitucional, Vol. 2.
- Bonifaz, J.L., Urrunaga, R., Aguirre, J. y Urquiza, C. (2015). *Un plan para salir de la pobreza: Plan Nacional de Infraestructura 2016- 2025*. Lima: Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional [AFIN].
- Cantero, J. (2009). El personal directivo profesional. En: Castillo, F. y Lumbreras, J. (Eds). *Manual de Empleo Público* (pp. 165- 174). Madrid: Iustel.
- Carro, A. (1991). La Unión Europea y el principio de subsidiariedad. *Revista de Administración Pública*, 126, 217-252. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/17105.pdf>
- Castro, J. (26 de mayo de 2019). Servir: “No podemos seguir con la alta rotación de funcionarios”. *El Comercio*. Recuperado de <https://elcomercio.pe/politica/servir-seguir-alta-rotacion-funcionarios-noticia-ecpm-638379-noticia/>
- Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo [CLAD]. (2003). Carta Iberoamericana de la Función Pública. Caracas: CLAD.
- Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN]. (2021). *Guía para el Plan de Desarrollo Concertado*. Lima: Autor.
- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., y Casalí, P. (2013). *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. Lima: Organización Internacional para el Trabajo [OIT].
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [CONCYTEC]. (2021). *Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia del COVID-19 en el Perú*. Lima: Autor.

- Constitución Política del Perú. (1993). Recuperado de <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/constitucion/constitucion2020web-10-12-2020.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (23 de abril de 2020). *Reporte del día 39 del Estado de Emergencia por COVID-19*. Recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1955827/Reporte%20del%20di%CC%81a%2039%20del%20Estado%20de%20Emergencia%20por%20la%20enfermedad%20COVID-19.pdf>
- Díaz, R. (12 de abril del 2020). *La descentralización en el Perú*. Conferencia Magistral para la Escuela Nacional de Control, Lima, Perú.
- Dulanto, A. (2017). *Descentralización y Subsidiariedad: El Caso Peruano*. Pamplona, España: Universidad de Navarra. Instituto Empresa y Humanismo.
- Ejea, G. (octubre de 2006). *Teoría y ciclo de las políticas públicas*. Recuperado de <http://cpps.dyndns.info/cpps-docs-web/secgen/2015/pol-oceanica-regional/Doc%2010.Teoria%20y%20ciclo%20de%20las%20Políticas%20Publicas.pdf>
- Estrada, H. (2012). *El Principio de Subsidiariedad en la Actividad Empresarial en el Perú y la Legislación Comparada*. Lima: Departamento de Investigación y Documentación Parlamentaria.
- Fayt, C. (1985). *Derecho político*. Buenos Aires: Depalma.
- Fernández-Santillán, J. (2018). Valor público, gobernanza y Tercera Vía. *Convergencia*, 78, 175- 193. doi: <https://doi.org/10.29101/crcs.v25i78.10373>
- Ferreiro, P. (2013). *El Octógono: un diagnóstico completo de la organización empresarial*. Lima: Universidad de Piura. PAD-Escuela de Dirección.
- Ferreiro, P. y Alcázar, M. (2017). *Gobierno de personas en la empresa*. Lima: Universidad de Piura. PAD-Escuela de Dirección.
- García, D. (2017). *Derecho Municipal, Descentralización y Gobernabilidad*. Lima: Ediciones del Congreso del Perú.
- Gobierno Regional Cajamarca. (2010). *Plan de Desarrollo Regional Concertado*. Recuperado de <https://www.regioncajamarca.gob.pe/media/portal/KJDIG/documento/777/PlanDesarrolloRegionalConcertado20211.pdf?r=1570218458>
- Gobierno Regional de Arequipa. (2021). *Plan de Desarrollo Regional Concertado*. Recuperado de

- <https://www.regionarequipa.gob.pe/PlaneamientoyOrganizacion/PlanesDesarrollo/PlanDesarrolloRegionalConcertado>
- Gobierno Regional de Cajamarca. (s. f.). *Organigrama*. Recuperado de <https://sar.regioncajamarca.gob.pe/aplicaciones/web/organigrama.aspx>
- Gobierno Regional de La Libertad. (18 de agosto de 2011). *Ordenanza regional N° 008-2011-GR-LL/CR que modifica el Organigrama Estructural y el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Gobierno Regional de La Libertad*. Recuperado de <https://www.regionlalibertad.gob.pe/transparencia/documentos-de-gestion/organigrama/2306-organigrama-1/file>
- Gobierno Regional de Loreto. (2015). *Plan de Desarrollo Regional Concertado "Loreto al 2021"*. Recuperado de [https://www.dar.org.pe/archivos/docs/PDRC\\_241115.pdf](https://www.dar.org.pe/archivos/docs/PDRC_241115.pdf)
- Gobierno Regional de Loreto. (19 de septiembre de 2017). *Organigrama N° 2017: nueva estructura orgánica*. Recuperado de <https://aplicaciones02.regionloreto.gob.pe/normas/nueva-estructura-organica>
- Gobierno Regional de Madre de Dios. (18 de abril 2017). *Ordenanza regional N° 007-2012-GRMDD/CR que aprueba la estructura orgánica del Gobierno Regional de Madre de Dios*. Recuperado de [http://transparencia.regionmadrededios.gob.pe/proc\\_s.php?cid=9](http://transparencia.regionmadrededios.gob.pe/proc_s.php?cid=9)
- Gobierno Regional de Pasco. (2015). *P.D.R.C.* Recuperado de <http://www.regionpasco.gob.pe/wps/institucional/documentos-de-gestion/p-d-r-c-2015-2021/download>
- Gobierno Regional de Pasco. (01 de agosto de 2017). *Ordenanza regional N° 408-2017-G.R.P/CR que aprueba la estructura orgánica del Gobierno Regional de Pasco*. Recuperado de <http://www.regionpasco.gob.pe/wps/organigrama>
- Gobierno Regional de Puno. (2013). *Plan de Desarrollo Regional Concertado Puno al 2021*. Recuperado de <https://www.regionpuno.gob.pe/descargas/planes/resumen-ejecutivo-plan-de-desarrollo-concertado-regional-al-2021.pdf>
- Gobierno regional de Arequipa. (s.f.). *Ordenanza regional N° 342 Arequipa que modifica el Reglamento Interno del Consejo Regional*. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/modifican-el-reglamento-interno-del-consejo-regional-aprobad-ordenanza-no-342-arequipa-1417198-1>
- Gobierno Regional de Puno. (s. f.). *Organigrama estructural del gobierno regional Puno*. Recuperado de <https://www.regionpuno.gob.pe/organigrama/>
- Gobierno Regional La Libertad. (2016). *Plan de Desarrollo Regional Concertado: PDCR La Libertad*. Recuperado de

- <https://www.regionlalibertad.gob.pe/transparencia/transparencia-grll/transparencia-institucional/planeamiento-y-organizacion/planes/plan-de-desarrollo-concertado-pdc/7711-plan-de-desarrollo-regional-concertado-pdrc-la-libertad-2016-2021/file>
- Gobierno Regional Madre de Dios. (2015). *Plan de Desarrollo Regional Concertado de Madre de Dios, al 2021*. Recuperado de [http://regionmadrededios.gob.pe/monitor/vista/archivos/GOREMAD\\_13941\\_PDRC-2017.pdf](http://regionmadrededios.gob.pe/monitor/vista/archivos/GOREMAD_13941_PDRC-2017.pdf)
- Hallazi, L. (2019). Pueblos indígenas e interculturalidad en el Perú. *Servindi*. Recuperado de: <https://www.servindi.org/08/08/2019/pueblos-indigenas-e-interculturalidad-en-el-peru>
- Hidalgo, A., Corugedo de las Cuevas, I. y Del Llano, J. (2011). *Economía de la Salud*. Madrid: Pirámide.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (s. f.). *Censos*. Recuperado de <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/censos/>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018a). *Puno: Resultados Definitivos*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1563/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1563/)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018b). *Arequipa: Resultados Definitivos*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1551/04 TOMO\\_01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1551/04_TOMO_01.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018c). *Loreto: Resultados Definitivos*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1561/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1561/)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018d). *Madre de Dios: Resultados Definitivos*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1571/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1571/)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018e). *Cajamarca: Resultados Definitivos*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1561/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1561/)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018f). *Pasco: Resultados Definitivos*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitaless/Est/Lib1572/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1572/)

- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2018g). *La Libertad: Resultados Definitivos*. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1618/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1618/)
- IPSOS. (2020). *Informe de resultados. Informe de opinión* [diapositivas de PowerPoint].
- Jochamowitz, L., y León, R. (2021). *Días contados- Lucha, derrota y resistencia del Perú en la pandemia*. Lima: Planeta.
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., y Espinosa-Henao, M. (2016). *El sistema de salud en Perú: Situación y desafíos*. Lima: Revistas Especializadas Peruanas [REP].
- Ley N° 26842, Ley General de Salud. (1997). *Diario Oficial El Peruano*. Lima, Perú. Recuperado de [https://spijweb.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2020/08/LEY\\_26842.pdf](https://spijweb.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2020/08/LEY_26842.pdf)
- Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización. (2002) *Diario Oficial El Peruano*. Lima, Perú. Recuperado de [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/255673/229441\\_file20181218-16260-6rs0bk.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/255673/229441_file20181218-16260-6rs0bk.pdf)
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales. (2002). *Diario Oficial El Peruano*. Lima, Perú. Recuperado de <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2020/07/ley-27867-LP.pdf>
- Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades. (2003). *Diario Oficial El Peruano*. Lima, Perú. Recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/255705/Ley%20N%C2%BA%2027972%20.pdf.pdf>
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. (2018). *Diario Oficial El Peruano*. Lima, Perú. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/rree/normas-legales/1398-29158>
- Ley N° 30895: Ley que fortalece la función rectora del Ministerio de Salud. (2018). *Diario Oficial El Peruano*. Lima, Perú. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-fortalece-la-funcion-rectora-del-ministerio-de-salud-ley-n-30895-1727064-2/>
- Longo, F. (1999). *Política y gerencia pública en los gobiernos locales, en Gobierno Local y Modelo Gerencial*. Barcelona: Fundación Pi y Sunyer.
- López, M. (1983). *Introducción a los estudios políticos*. Buenos Aires: Depalma.
- Los problemas del sistema de salud en el Perú: ¿Qué debe tener en cuenta el próximo mandatario o mandataria? (09 de abril de 2021). *RPP Noticias*. Recuperado de <https://rpp.pe/politica/elecciones/elecciones-2021-los-problemas-del-sistema-de-salud->

en-el-peru-que-debe-tener-en-cuenta-el-proximo-presidente-el-poder-en-tus-manos-noticia-1298767

- Martín, G. (2004). Autonomía, descentralización y desconcentración en la ciudad de Buenos Aires. *Cuaderno Urbano*, 4, 99- 116. doi: <http://dx.doi.org/10.30972/crn.441760>
- Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (s. f.). *Seguimiento de la Ejecución Presupuestal (Consulta amigable)*. Recuperado de <https://www.mef.gob.pe/es/seguiimiento-de-la-ejecucion-presupuestal-consulta-amigable>
- Ministerio de Economía y Finanzas [MEF]. (29 de septiembre de 2021). Recursos para el COVID-19. Consulta de Ejecución del Gasto. *Portal de Transparencia Económica*. Recuperado de <https://apps5.mineco.gob.pe/coronavirus/Navegador/default.aspx?y=2020&ap=ActProy>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2019a). *Información básica de unidades ejecutoras al nivel de gobiernos regionales y organismos públicos del sector salud*. Recuperado de [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342313/Bolet%C3%ADn\\_estad%C3%A1stico\\_\\_Informaci%C3%B3n\\_b%C3%A1sica\\_de\\_unidades\\_ejecutoras\\_a\\_nivel\\_de\\_gobiernos\\_regionales\\_y\\_organismos\\_p%C3%BAblicos\\_del\\_sector\\_salud20190716-19467-1s6vqbp.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/342313/Bolet%C3%ADn_estad%C3%A1stico__Informaci%C3%B3n_b%C3%A1sica_de_unidades_ejecutoras_a_nivel_de_gobiernos_regionales_y_organismos_p%C3%BAblicos_del_sector_salud20190716-19467-1s6vqbp.pdf)
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2019b). *Dispone que la Oficina de Transparencia y Anticorrupción de la Secretaría General efectúe la publicación del proyecto de Reglamento de la Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud, y su Decreto Supremo aprobatorio [Resolución Ministerial N° 805-2019-MINSA]*. Recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/358186/resolucion-ministerial-n-805-2019-minsa.PDF>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2020). *Sala situacional del COVID-19 en el Perú*. Recuperado de [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2021a). *Programa Multianual de Inversiones Sector Salud*. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/transparencia/index.asp?op=301>
- Ministerio de Salud [MINSA]. (2021b). *Sala situacional COVID-19 Perú*. Recuperado de [https://covid19.minsa.gob.pe/sala\\_situacional.asp](https://covid19.minsa.gob.pe/sala_situacional.asp)
- Monge, E. (2010). El estudio de casos como metodología de investigación y su importancia en la dirección y administración de empresas. *Revista Nacional de administración*, 1(2), 31-54. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3693387.pdf>

- Moore, M. (1998). *Gestión de estratégica y creación de valor en el sector público*. Barcelona: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003*. Recuperado de <https://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2005). *¿Qué es un sistema de salud? Preguntas y respuestas en línea*. Recuperado de: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (27 de abril de 2020). *COVID-19: cronología de la actuación de la OMS*. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (23 de septiembre de 2020). *Informe final de la evaluación de fin del bienio 2018-2019 y del Plan Estratégico 2014-2019 - Categoría 4: Sistemas de salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/file/73868/download?token=ANQFK2Jk>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]. (2016). *Reforma sobre gobernanza pública Perú - ASPECTOS CLAVE 2016*. Lima: Autor.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE]. (2017). *Reviews of health systems: Peru 2017*. Recuperado de [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2017\\_9789264282735-en#page3](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/oecd-reviews-of-health-systems-peru-2017_9789264282735-en#page3)
- Pérez, J. (2018). *Fundamentos de la dirección de empresas*. Madrid: Rialp.
- Pérez, J., Chinchilla, N., Josep, M., y Navarro, P. (1998). *Liderazgo y Ética en la dirección de empresas*. Barcelona: Deusto.
- Presidencia de la República. (06 de noviembre de 2003). Se aprueba la Ley N° 28112, Ley marco de la Administración Financiera del Sector Público (Decreto Legislativo N° 1436-2003). *Diario Oficial El Peruano*. Recuperado de [https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu\\_publ/sectr\\_publ/presu\\_2005/LeyMarcodelaAdministracionFinancieradelSectorPublico.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/presu_publ/sectr_publ/presu_2005/LeyMarcodelaAdministracionFinancieradelSectorPublico.pdf)
- Presidencia de la República. (23 de mayo de 2018). Decreto Supremo que aprueba la Política General de Gobierno, que incluye los ejes y lineamientos prioritarios de gobierno 2021 (Decreto Supremo N° 056-2018-PCM). *Diario Oficial El Peruano*. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-la-politica-general-de-gobierno-decreto-supremo-n-056-2018-pcm-1651713-2/>
- Presidencia de la República. (14 de octubre de 2020). Se aprueba el reglamento de la Ley N° 30895, Ley que Fortalece la Función Rectora del Ministerio de Salud (Decreto Supremo

N° 030-2020-SA). *Diario Oficial El Peruano*. Recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/358284/reglamento-de-ley-n-30895.pdf>

Presidencia de la República. (27 de mayo de 2021). Decreto Supremo que aprueba el Reglamento del Consejo de Coordinación Intergubernamental - CCI (Decreto Supremo N° 050-2021-PCM). *Diario Oficial El Peruano*. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-del-consejo-de-coo-decreto-supremo-n-050-2021-pcm-1937276-1/>

Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. (2012). *Plan Nacional de Descentralización 2012-2016*. Lima, noviembre del 2012.

Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. (2018). *Informe anual de descentralización, junio 2018*. Recuperado de <https://docplayer.es/82787607-Informe-anual-de-descentralizacion.html>

Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. (15 de julio de 2021). Aprueban el Texto Integrado del Reglamento de Organización y Funciones de la Presidencia del Consejo de Ministros (Resolución Ministerial N° 156-2021-PCM). *Diario Oficial El Peruano*. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-texto-integrado-del-reglamento-de-organizacion-y-resolucion-ministerial-no-156-2021-pcm-1973815-2/>

Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. Secretaría de Descentralización. (2017). *Informe anual del proceso de descentralización 2016*. Recuperado de [https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2017/Comision\\_de\\_Descentralizacioni/files/informe\\_anual\\_2016\\_pcm\\_-\\_sd\\_-\\_libro.pdf](https://www.congreso.gob.pe/Docs/comisiones2017/Comision_de_Descentralizacioni/files/informe_anual_2016_pcm_-_sd_-_libro.pdf)

Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. Secretaría de Descentralización. (2019). *Informe anual del proceso de descentralización 2018*. Recuperado de <http://www.descentralizacion.gob.pe/wp-content/uploads/2019/05/Informe-de-Descentralizacion-2018-VF.pdf>

Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. Secretaría de Descentralización. (2020a). *Informe anual del proceso de descentralización 2019*. Recuperado de [http://www.descentralizacion.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/Informe\\_de\\_Descentralizacio\\_n2019-pdf.pdf](http://www.descentralizacion.gob.pe/wp-content/uploads/2020/09/Informe_de_Descentralizacio_n2019-pdf.pdf)

Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. Secretaría de Descentralización. (2020b). *Informe anual. Balance de la Descentralización 2020*. Recuperado de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1943968/Resumen%20ejecutivo%20Balance%20de%20la%20descentralizaci%C3%B3n%202020.pdf.pdf>

- Presidencia del Consejo de Ministros [PCM]. Secretaría de Descentralización. (2020c). *Anuncios de acciones del gobierno*. Recuperado de [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/846052/15.06.2020\\_Reporte\\_anuncios\\_de\\_acciones\\_del\\_Gobierno.pdf](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/846052/15.06.2020_Reporte_anuncios_de_acciones_del_Gobierno.pdf)
- Rubio, M. (2006). *El Estado peruano según la jurisprudencia del Tribunal Constitucional*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Trelles, M. (2018). *Dirección General I: Conceptos* [diapositivas de PowerPoint].
- Tribunal Constitucional [TC]. (2006). *Sentencia del Tribunal Constitucional. Expediente N° 7231-2005-PA/TC*. Recuperado de <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/07231-2005-AA.html>
- Velásquez, G. (2018). *Conceptos jurídicos básicos del derecho*. Quito, Ecuador: Universidad Andina Simón Bolívar.
- Vera, S. (noviembre de 2010). *Radiografía a la política en las regiones: tendencias a partir de la evidencia de tres procesos electorales*. Recuperado de <https://argumentos-historico.iep.org.pe/articulos/radiografia-a-la-politica-en-las-regiones-tendencias-a-partir-de-la-evidencia-de-tres-procesos-electorales/>
- Villoria, M. (2009). *La función directiva profesional*. En: Jiménez, R., Villoria, M., y Palomar, A. *La dirección pública profesional en España* (pp. 65 - 118). Madrid: Marcial Pons.
- Yin, R. (1994): *Case Study Research: Design and Methods*. Thousand Oaks, CA.: Sage Publications.

## Vita

Alejandra Aramayo Gaona, es abogada por la Universidad Nacional del Altiplano, profesora por el Instituto Superior Pedagógico de Puno, ejerció el periodismo más de 20 años en diferentes medios de comunicación como América Televisión-Puno y Arequipa. Ha sido columnista invitada de los diarios La República, El Pueblo, Correo y Expreso. Es especialista en Gestión Local por la Universidad ESAN, especialista en Gestión y Resolución de Conflictos (Comisión Andina de Juristas), Máster en Comunicación y Marketing Político por la Universidad de la Rioja (España). Excongresista de la República (2016-2019), expresidenta de la Comisión de Descentralización, Gobierno Locales y Regionales del Congreso de la República, fue miembro titular de la Comisión de Salud. Es autora única de la Ley Salud Hospitalaria y del Proyecto Defensoría del Paciente, entre otros.

[alejandraaramayo@gmail.com](mailto:alejandraaramayo@gmail.com)





## Glosario de términos

AFIN	La Asociación para el Fomento de la Infraestructura Nacional
AMPE	Asociación de Municipalidades del Perú
ANALE	Autoridad Nacional Asistencial - Liderazgo, Ejecutivo y Estrategia En Salud
ANGR	Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales
ARD	Agencias Regionales de Desarrollo
CAFAE	Comité de Administración del Fondo de Asistencia y Estimulo de los Trabajadores
CAP	Cuadro de Asignación de Personal
CAS	Contratación Administrativa de Servicios
CCI	Consejo de Coordinación Intergubernamental
CCL	Consejo de Coordinación Local
CCR	Consejo de Coordinación Regional
CEPLAN	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
CIGS	Comisión Intergubernamental de Salud
CONCYTEC	Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación
CP	Constitución Política
CRISS	Comité Regional Intergubernamental de Inversión en Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
DP	Directivo Público
EDIR	Estrategias de Desarrollo e Innovación Regional
EsSalud	Seguro Social de Salud
FONCOMUN	Fondo de Compensación Municipal
FONCOR	Fondo de Compensación Regional
GERESA	Gerencia Regional de Salud
GL	Gobierno Local
GORES	Gobiernos Regionales
GR	Gobierno Regional
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
JNE	Jurado Nacional de Elecciones

IOARR	Inversiones de Optimización, de Ampliación Marginal, de Rehabilitación y de Reposición
LDBD	Ley de Bases de la Descentralización Ley Nro 27783
LOGR	Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ley N° 27867
LOPE	Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Ley N° 29158
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas.
MINSA	Ministerio de Salud
MOF	Manual de Organización y Funciones
MOP	Manual de Operaciones
MUNIRED	Asociación de Municipalidades en Red del Perú
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OMS	Organización Mundial de la Salud
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PDC	Plan de Desarrollo Concertado.
PDI	Plan de Desarrollo Institucional
PEDN	Plan Estratégico de Desarrollo Nacional
PNDC	Plan Nacional de Desarrollo de Capacidades.
PNI	Plan Nacional de Infraestructura
PO	Plan Operativo
R	Resolución
REMURPE	Red de Municipalidades Urbanas y Rurales del Perú
RN°	Resolución Número
ROF	Reglamento de Organización y Funciones.
SERVIR	Autoridad Nacional del Servicio Civil
SIS	Sistema Integral de Salud
STC	Sentencia del Tribunal Constitucional
TC	Tribunal Constitucional
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UE	Unidad Ejecutora

## Anexos

### Anexo 1. Cuestionario de las entrevistas hacia directivos regionales en salud

#### A. Sobre la dimensión estratégica

1. ¿Cuál, diría usted, que son los propósitos a corto, mediano y largo plazo de la Dirección/Gerencia Regional en la que labora?
2. ¿De qué forma se definieron estos propósitos? ¿Quién los propuso? ¿Hubo consensos?
3. ¿Con qué información y/o diagnósticos se cuenta para definir los propósitos?
4. ¿Existe una forma de evaluar si se están cumpliendo, o no con estos propósitos?
5. ¿De qué forma se decide la asignación de presupuesto y recursos a cada una de sus actividades?
6. ¿Existen movimientos de presupuesto inesperados que uno tiene que ejecutar durante la gestión? ¿En qué casos?
7. ¿Qué oportunidades, considera usted, que tiene la Dirección/Gerencia para cumplir sus propósitos?
8. ¿De qué manera usted organiza su tiempo, para cumplir con sus funciones?
9. ¿Tiene algún método para lidiar con el estrés y la tensión?
10. ¿Cómo se adoptan las normativas institucionales propuestas desde la sede central del Ministerio de Salud? ¿Cómo es la comunicación con ellos en este sentido?
11. ¿Cómo se conforman los equipos de personas en la DIRESA? Respecto a la conformación de los equipos (direcciones) y reclutamiento de personal
12. ¿Cuentan con alguna estrategia para atraer a los mejores profesionales?, si es así ¿puede explicarla?
13. ¿Cuentan con alguna estrategia para retener y/o motivar a sus equipos de personas?

## **B. Sobre la dimensión ejecutiva**

1. ¿Cómo se comunican las decisiones tomadas por la Dirección/Gerencia al resto del personal?
2. ¿Cómo son y cada cuanto se tienen reuniones del directorio?
3. ¿Considera usted que la comunicación es efectiva a la interna de la Dirección/Gerencia?  
¿Por qué?
4. ¿Cómo describiría usted el Trabajo en Equipo dentro de la Dirección/Gerencia?
5. Fuera de lo formal, y de las funciones establecidas en el ROF, ¿De qué manera se encargan las labores dentro de la Dirección/Gerencia?
6. ¿Usted, de qué manera administra el equipo que tiene a su cargo? ¿Podría describir su organización? ¿Cómo organiza, cómo comunica los encargos, cuáles son sus rutinas, etc.
7. ¿Cómo se produce la negociación con los sindicatos y trabajadores? ¿Podría contar alguna experiencia?
8. ¿Qué personas o puestos son clave en la gestión de la Dirección/Gerencia? ¿Por qué?  
¿Cómo es su relación con ellos?

## **C. Sobre la dimensión de liderazgo**

1. ¿Cómo califica usted la relación con el personal a su cargo? ¿Por qué le da esa calificación?
2. ¿Existe algún medio para canalizar las quejas y reclamos del equipo de la dirección/gerencia)
3. ¿Considera usted que la motivación de su equipo es importante?
4. ¿De qué manera usted motiva a su equipo?
5. ¿Se brindan capacitaciones y oportunidades de mejora dentro del equipo? detallar
6. ¿Cuáles diría usted que son las motivaciones que tiene un profesional, en salud o administración pública, de trabajar en esta Dirección/Gerencia Regional?
7. ¿Cómo se maneja el clima laboral en la Dirección/Gerencia Regional?
8. ¿Tiene usted alguna forma de medir el cumplimiento de sus pendientes y responsabilidades? ¿Cual? ¿Cómo funciona?

## **Anexo 2. Guía para el grupo focal de expertos en salud**

### **a) Presentación**

Los moderadores se presentarán, agradecerán la presencia de los participantes, y explicarán los motivos de la reunión. Se mencionará que el equipo se encuentra realizando una investigación en la que se quiere conocer más sobre el manejo del sector salud a nivel regional, específicamente, sobre el gobierno de las Direcciones Regionales de Salud y el perfil necesario del Directivo Público en salud a nivel regional.

Se comentará a los participantes que la reunión será grabada, para lo cual se les solicitará su permiso respectivo, con fines netamente académicos.

A continuación, se les pedirá a los participantes que se presenten (nombre, ocupación)

Como acto seguido, se harán las siguientes preguntas generales:

1. ¿Cuál es su análisis sobre modelo de descentralización que se ha seguido en el sector Salud en el Perú?
2. ¿Podrían enumerar 3 resultados buenos y 3 resultados malos de este modelo?

### **b) Preguntas específicas**

3. En palabras tuyas ¿Qué es una Dirección Regional de Salud (DIRESA), y qué papel cumple en el Sistema de Salud peruano? ¿Se tiene un propósito definido para estas instituciones?
4. ¿Cómo describen ustedes el funcionamiento de las DIRESA, como organización?
5. ¿Cuáles son los factores claves que podrían explicar una buena o mala gestión de una DIRESA?
6. ¿Existen diferencias entre el reto a afrontar de un Directivo Público en Salud del MINSA y el de una DIRESA? ¿Cuáles son?
7. ¿Cuáles son los grandes retos de un Directivo Público en salud de una DIRESA?

### **c) Preguntas de salida**

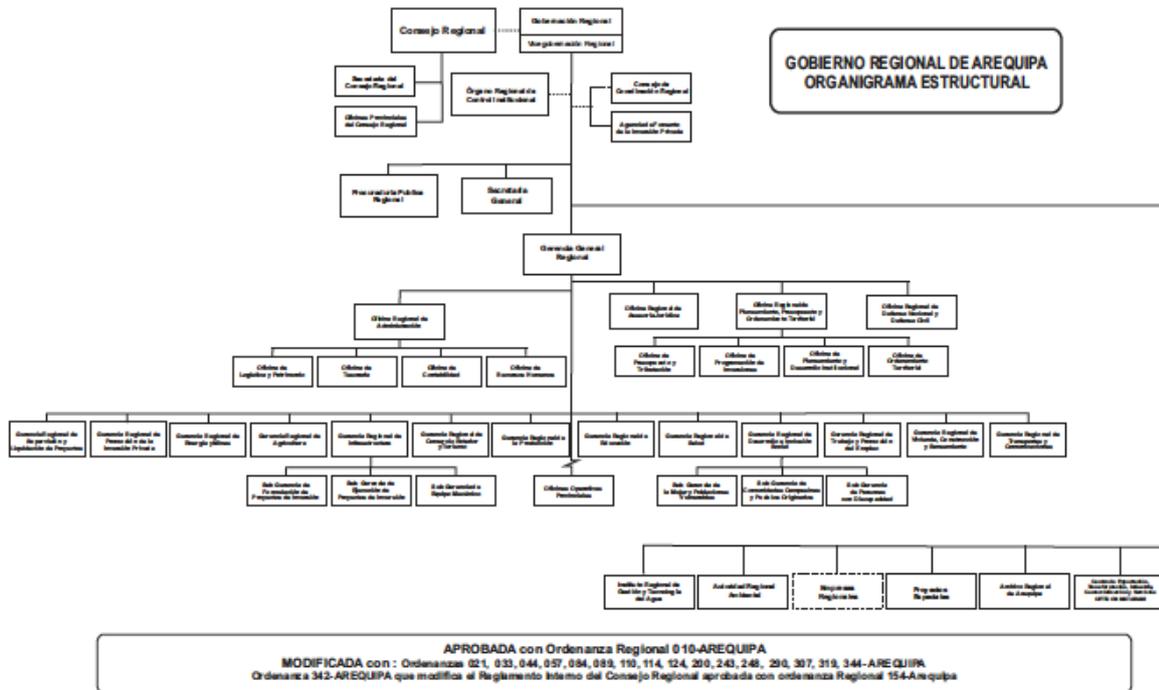
8. Desde su opinión y experiencia ¿Cómo se puede dar solución a los problemas originados por la descentralización en el Sistema de Salud?
9. ¿Cuál es el rol que deberían de cumplir las DIRESA y los Gobiernos Regionales en una reforma del Sistema de Salud?

### **d) Cierre**

Se agradecerá a los participantes y se cierra con una despedida hacia todos por sus valiosos aportes.

### Anexo 3. Organigramas regionales

#### A. Arequipa



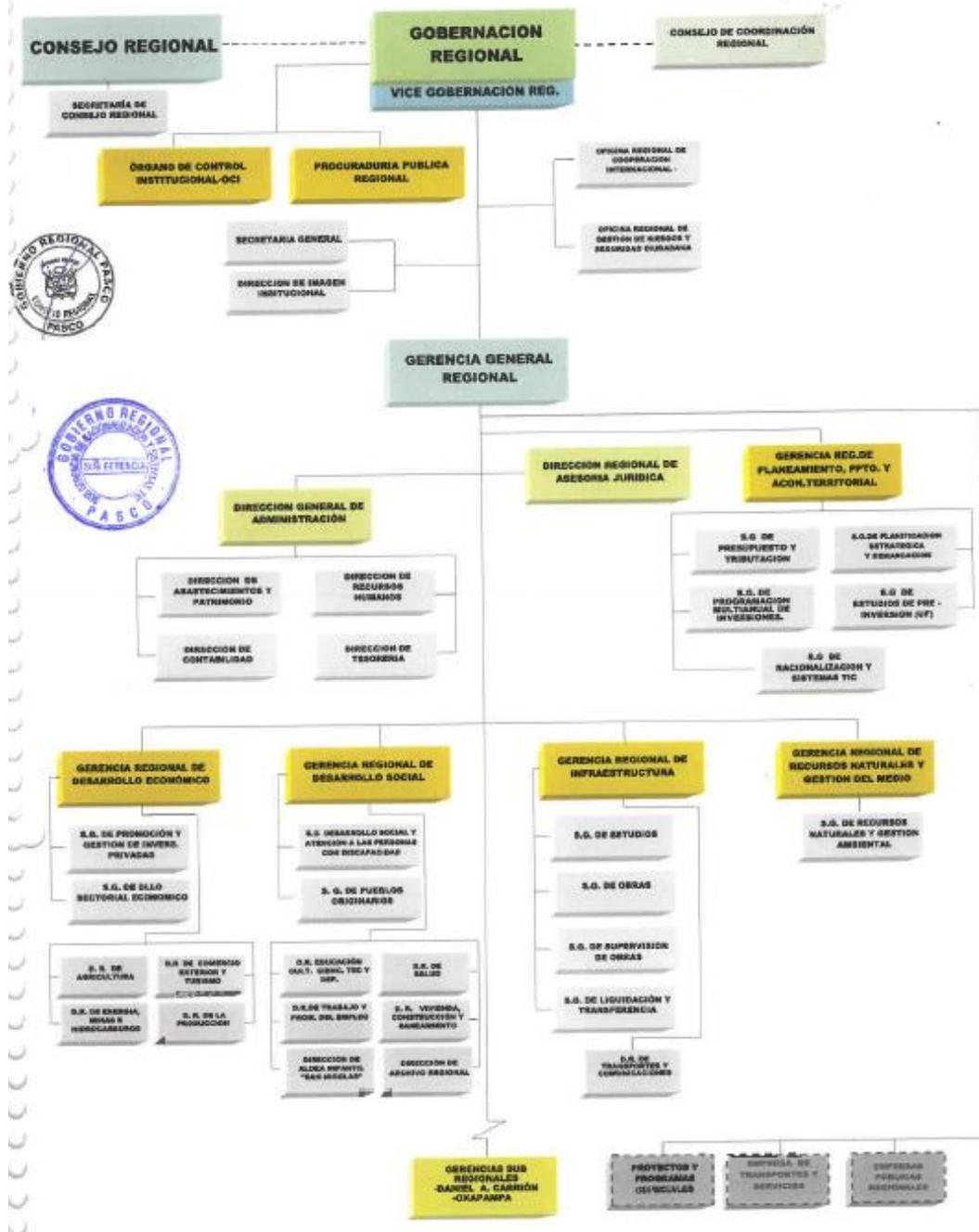
Fuente: Gobierno Regional de Arequipa (s. f.)



B. Pasco

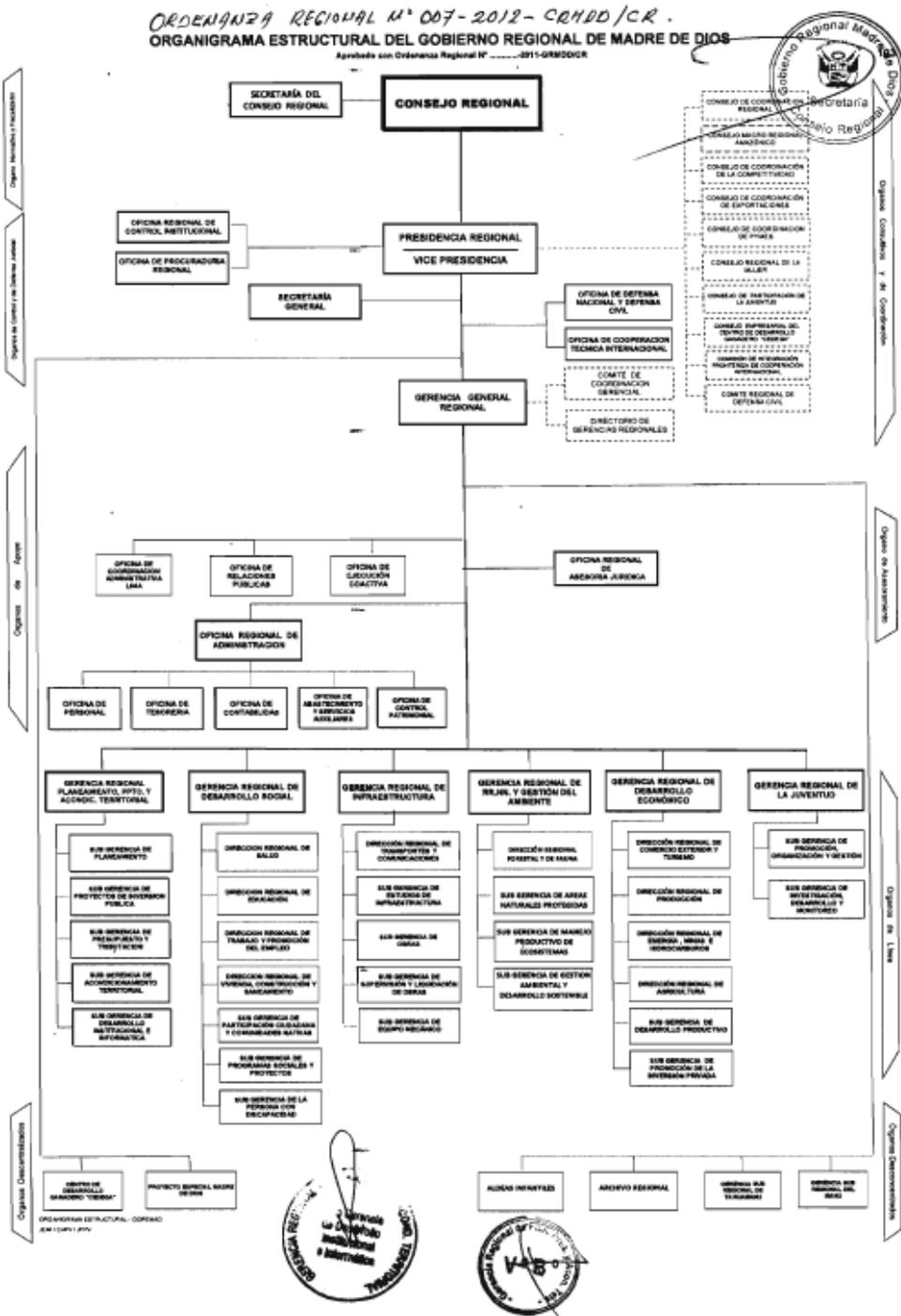
ESTRUCTURA ORGANICA DEL GOBIERNO REGIONAL PASCO 2017

00001



Fuente: Gobierno Regional de Pasco (01 de agosto de 2017)

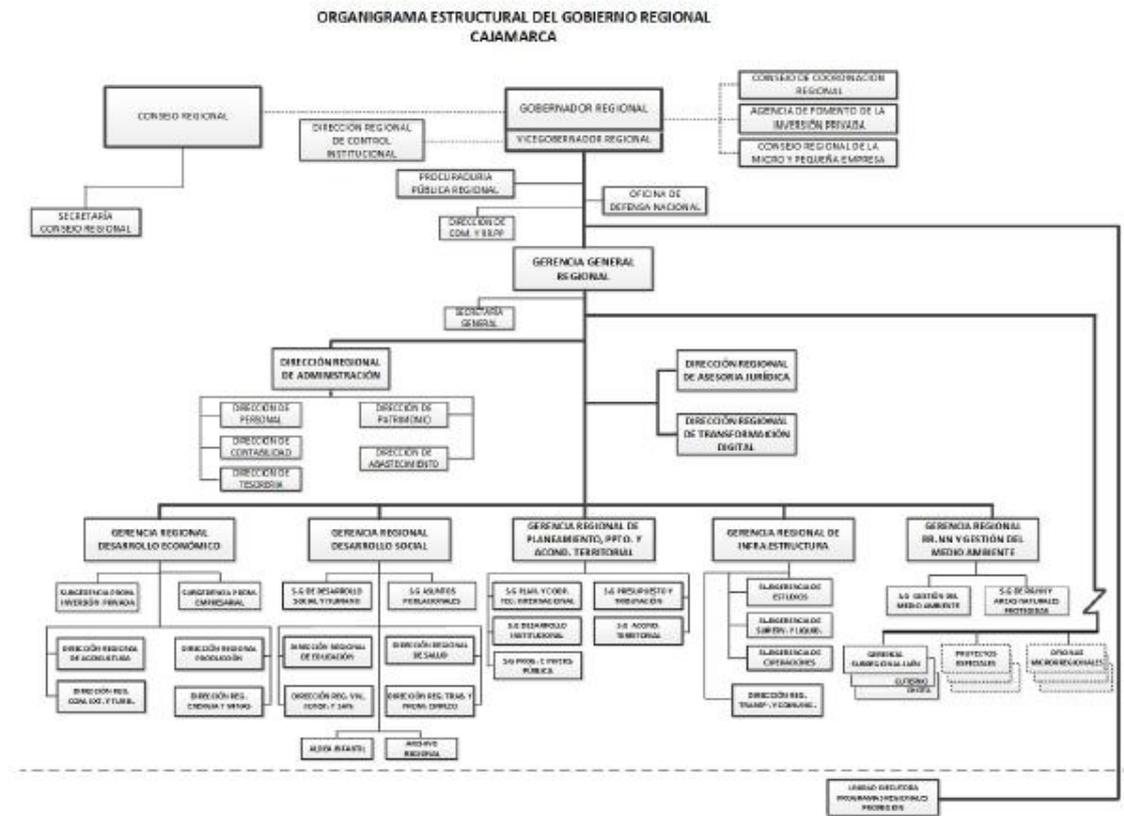
C. Madre de Dios



Fuente: Gobierno Regional de Madre de Dios (18 de abril 2017)



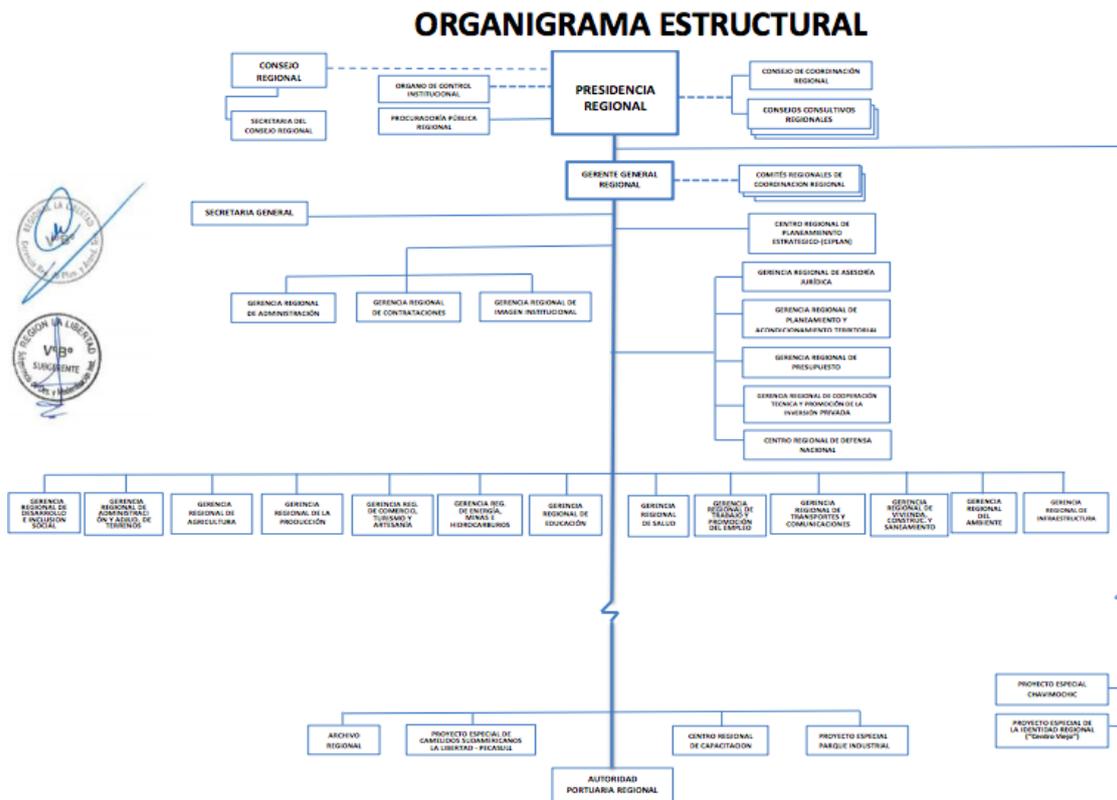
## E. Cajamarca



Fuente: Gobierno Regional de Cajamarca (s. f.)



F. La Libertad



Fuente: Gobierno Regional de La Libertad (18 de agosto de 2011)

