

Foro: Balance y perspectivas de la modernización del sector salud

INTERVENCIÓN DE:

Juan Arroyo Laguna

PROFESOR, UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

Desafíos para la gobernanza y gobernabilidad en salud 2001-2006

El tema de la gobernanza gerencial y la gobernabilidad democrática es muy importante en la actualidad, porque en el Perú estamos cerrando una década de un régimen y abriendo un nuevo quinquenio de gobierno, y la preocupación común a todos es el “buen gobierno” en salud en los próximos años.

La doble dimensión de la función gobierno: gobernanza y gobernabilidad

En el actual arsenal conceptual de la ciencia política y de la especialidad en reforma del Estado se diferencia gobernanza y gobernabilidad. Nos parece clave que esta diferenciación se comience a manejar en el país, no por un prurito intelectual, sino por sus tremendas repercusiones prácticas, pues venimos de una

década en la cual función gobierno y gobernanza se han entendido como sinónimos. Todo el esfuerzo de la década ha estado puesto en construir gobernanza y no gobernabilidad. Los magros resultados obtenidos en la construcción de una gobernanza abren el interrogante sobre si en un país de escasa institucionalidad y de predominio de modelos premodernos de gestión, como el Perú, será posible construir una gobernanza gerencial sin una gobernabilidad democrática. Nuestra conclusión, examinando la experiencia de los años 90, es que no es posible hacerlo.

Es cierto que en el terreno de los especialistas todavía no hay un acuerdo sobre los conceptos de gobernanza y gobernabilidad. El Banco Mundial los usa indistintamente y denomina gobernanza a la gobernabilidad. Nosotros los diferenciamos, siguiendo enfoques como el de Luiz Carlos Bresser, ex ministro de Reforma del Estado de Brasil, porque justamente la diferenciación permite poner de

relieve la importancia de la gobernabilidad democrática en la rectoría del sector salud, en el gobierno sistémico de los aparatos prestadores y en la gerencia de instituciones.

La gobernancia refiere a la relación del Estado con sus propios organismos y recursos, a su capacidad para ejecutar sus decisiones, a su calidad como gobierno eficaz y eficiente. La gobernabilidad refiere, más bien, a la relación del Estado con la sociedad, en este caso, a la relación de la Alta Dirección del Minsa con la población peruana, con la sociedad civil del sector salud y con todos los profesionales y trabajadores del sector. En este caso la calidad del gobierno se relaciona con su capacidad de consenso y convocatoria.

Entre la gobernancia y la gobernabilidad hay mucho espacio de superposición, pero son dos dimensiones diferenciables. Así, hay gobiernos cerrados en salud, que contraponen la eficacia y eficiencia a la democracia, mientras, de otro lado, hay gobiernos abiertos, pero paralizados.

Por eso mismo, en el mundo se habla de dos dimensiones de la reforma del Estado: la reforma de la administración pública y la reforma del Estado propiamente dicha. La primera está más centrada en la operatividad del Estado, mientras la segunda ataca la crisis de representación del Estado, su capacidad de inclusión social y de legitimidad. La reforma del Estado es, entonces, más amplia que la reforma de la administración pública, y esta última adquiere sentido al interior de la primera. La equidad, como principio rector que debe orientar la búsqueda de eficacia y eficiencia, surge de esta dimensión más amplia de la reforma del Estado, que atañe a la relación Estado-sociedad.

La gobernancia forma parte de un proyecto de gobernabilidad.

En el Perú, en el régimen pasado se entendió la reforma del Estado como reforma de la administración pública. E incluso en la dimensión de la gobernancia hubo un sesgo que privilegió la gerencia de proyectos y la gerencia de instituciones sobre la gerencia sistémica; todos ellos diferentes tipos de gerencia.

Efectivamente, en los 90 hemos dado un paso adelante en el país con la introducción del modelo gerencial en el sector salud y en la administración pública en general. Si hacemos una comparación con la línea base de capacidades al inicio de los 90, podemos apreciar que empezamos la década con capacidades asistenciales, pero sin capacidades gerenciales y de administración. Entonces primaba el modelo burocrático en nuestra administración, si bien con muchos “rezagos” premodernos, como vamos a ver. El resultado de la década ha sido la introducción del modelo gerencial, pero todavía como gerencia de instituciones, gerencia de servicios y gerencia micro. Solo en algunos casos se ha dado un paso más adelante hacia una gerencia meso, en particular con el Seguro Social, que se dirige como sistema integrado de producción de servicios. Pero no se han introducido en el país los enfoques e instrumentos de la gerencia de redes, la gerencia interinstitucional y el gobierno de sistemas, dimensiones macro que son más propias de la función gobierno.

Estas últimas son las capacidades directivas que nos toca desarrollar en la presente década. Sin un desarrollo de la función gobierno, todo lo que venimos ganando a nivel pequeño se pierde en

términos de ineficiencias, ineficacias e inequidades sistémicas. Hay, por tanto, una doble dimensión en la función gobierno, y gobernar bien deberá significar en adelante articular con precisión gobernanza y gobernabilidad.

Como ha dicho el doctor David Tejada, los debates conceptuales no solo son cuestiones de términos. No se trata de elegir entre modernización y reforma. Lo que necesitamos en el país no es solo ponernos al día, sino debatir y explicitar en qué sentido hacerlo.

En los años 90 hubo reformas institucionales y reformas micro, pero sin una reforma sistémica. Fueron los casos de reformas pequeñas, la reforma del Programa de Administración Compartida (CLAS), la reforma de la Salud Básica (PSBT), las reformas en servicios, las cuales han generado incluso discusión sobre si fueron reformas o solo son repotenciamientos operativos. No hubo, sin embargo, un continente que les diese proyección a estas reformas, que las articulara de modo que cada parte cumpliera su papel en el rompecabezas sectorial. Incluso fueron reformas contradictorias entre sí.

Lo importante, visto desde los resultados e impactos en la salud de nuestra población, es que las reformas institucionales sin una reforma sistémica tienden a maximizar los indicadores de producción, pero no necesariamente los de salud. El eficientismo consiste, precisamente, en privilegiar unilateralmente el enfoque institucional, de tal forma que un hospital podría sufrir el espejismo de cumplir su cometido con un enfoque de gerencia de productos. La equidad, por el contrario, es eminentemente sistémica y

corresponde velar por ella a todos, pero centralmente a las direcciones regionales de salud, a las gerencias macrorregionales del Seguro Social y a la conducción nacional ministerial. Es decir, si solo tenemos una visión institucional de nuestros compromisos en el sector, no podremos avanzar en forma importante en resolver los problemas de salud.

La pregunta que surge de este balance de la década es cuáles han sido las razones que han impedido que haya una reforma sistémica en el Perú. En mi libro sobre *La reforma silenciosa* apunté dos tipos de razones: un impase programático y un impase en la viabilidad del cambio, y me preocupa que estos dos problemas para la gobernabilidad sectorial sigan presentes aún en el sector salud y en el país.

El impase programático tiene que ver con el modelo de la reforma, con el debate sobre el modelo de seguridad social en salud, sobre el cual en los 90 se impulsó una versión neopopulista e incompleta del modelo colombiano. Hoy se ha entrado a la revisión de lo actuado y estamos de hecho en una reforma de la reforma, en un balance de lo que se ha hecho en el terreno de esta reforma particular, inconclusa y parcial, más silenciosa que explícita, con poco continente jurídico, no reglamentada, institucional más que global, sin carácter holístico.

Pero, por otro lado, ha sido evidente un impase en la viabilidad del cambio, problema relacionado con la reforma del Estado en salud, que denominamos en forma restringida reforma institucional en el sector, como si se tratase de un problema organizacional y no, también, de un asunto de régimen político en salud, de gobernabilidad sectorial y cultura sectorial. Ca-

be preguntarse si teniendo la razón y un modelo adecuado de reforma podríamos vencer los estilos y las culturas organizacionales que aún son imperantes en nuestro país.

Desafíos para la gobernanza sectorial 2001-2006

Vamos a referirnos primero a los desafíos pendientes para la gobernanza sectorial. En la década pasada, el Ministerio de Salud tuvo problemas no solo para gobernar el sector, sino para conducir los propios aparatos del Estado. La reforma silenciosa y dispersa de los 90 no varió lo fundamental del modelo trisegmentado, y en esta nueva década debemos articular la reforma gerencial y la reforma democrática para construir una nueva seguridad social universal en salud. Desde nuestro punto de vista, el éxito de la reforma se jugará en la articulación entre gerencia y democracia, en la introducción de elementos de la “nueva gestión pública” y en la generalización de mecanismos de control social y participación ciudadana. En esta articulación se juega la bondad de lo que podamos hacer a nivel macro en esta próxima década.

En adelante vamos a resumir algunos desafíos concretos para una adecuada gobernanza, desafíos surgidos de la experiencia vivida en los 90.

Aumentar la disponibilidad de recursos con un plan de inversión

En los años 90 hubo un crecimiento exponencial de los establecimientos de salud, que pasaron de 3 900 en 1992 a más de 7 000 en la actualidad, con lo cual

el Minsa cubre actualmente 1 788 distritos en el país. Igualmente, en ese periodo hubo también un crecimiento de la disponibilidad de recursos humanos, los que aumentaron, sobre todo, por la expansión de horas contratadas por el Programa Salud Básica para Todos. Pero en el periodo no hubo un plan de inversión que orientara el incremento de recursos.

Aumentar la producción de servicios públicos y privados

En los años 90, la producción de consultas externas en el Minsa creció enormemente. Estas pasaron de 7 millones, aproximadamente, a inicios de la década, a alrededor de 15 millones en 1999. Lo mismo sucedió en el Seguro Social, donde en el mismo lapso el número de consultas pasó de 6 a 11 millones, aproximadamente. Los egresos hospitalarios han crecido menos: en el Minsa pasaron de 341 mil en 1990 a 487 mil en 1998, mientras en el Seguro Social pasaron de 171 mil a 322 mil en el mismo periodo. Por último, las atenciones en el Minsa también crecieron; pasaron de alrededor de 8 millones a más de 40 millones entre 1991 y 1998. La tesis que nosotros sostenemos es que la última década ha sido en síntesis un periodo de repotenciamiento operativo del sistema de salud, antes que de transformación o de reorientación del sistema.

De la lectura de los indicadores de producción de servicios se desprende que los resultados han sido más fruto de un aumento de los recursos que de una mayor calidad de gestión. Utilizando la terminología del Seguro Social, podríamos afirmar que en los 90 ha habido un “aumento bruto de la producción” por un incremento de los recursos físicos, finan-

cieros y materiales. Las cifras no reflejan menor capacidad instalada o un menor costo respecto a unidad de producto, aunque existen, obviamente, múltiples excepciones institucionales a esta tendencia general. La lección para el futuro es que esta década que se inicia tiene que ser, en cambio, de gestión, de buena gerencia y de buen gobierno, máxime si el panorama financiero no aparece promisorio.

Reorientar la expansión productiva hacia la periferia

Esta reorientación se inició en los 90 en virtud del crecimiento de las atenciones en puestos y centros de salud. Como se puede apreciar en el *cuadro 1*, las atenciones en puestos de salud crecieron de 20,3% a 39,2% entre 1991 y 1998, lo que significó que, en términos relativos, las atenciones hospitalarias disminuyeran, pasando de 38,1% a 17,9%. Pero hay en este terreno todavía mucho por hacer.

Cuadro 1
Atenciones en hospitales, centros y puestos de salud, Minsa 1991-1998

Establecimientos	1991	1998
Hospitales	38,1%	17,9%
Centros de Salud	41,5%	42,8%
Puestos de salud	20,3%	39,2%

Fuente: Minsa, OEI.

Aumentar la productividad del sector público

Los indicadores de producción de servicios muestran un aumento en las consultas y atenciones, pero los indicadores de gestión y de desempeño demuestran una baja productividad de los aparatos

prestadores, sobre todo del sector público.

El Ministerio de Salud tiene médicos en 1 320 distritos y el promedio anual de consultas por médico en 1999 fue de 1 665, esto es, 5,33 consultas diarias. Como este promedio incluye 48 distritos cuyos médicos atienden más de 6 mil consultas anuales, e incluso algunos más de 10 mil y 16 mil, el promedio no expresa la brecha, como todos sabemos, entre los distritos de alta productividad y los de baja productividad. La moda sin embargo es de 712 consultas anuales, esto es, 2,27 consultas por día. Hay 570 distritos en esta situación. Se puede deducir el rendimiento médico o consultas por hora médica en el Minsa: sobre el total de médicos nombrados y contratados, es de 0,89 consultas por hora. En otras palabras, hay todavía trabajo por hacer con relación a este aspecto.

Lo mismo puede observarse en el caso de los establecimientos públicos de salud. El 80% de la producción de servicios de la periferia proviene de 540 establecimientos. En 1996, el Estado poseía 5 756 establecimientos periféricos, de los cuales 4 747 eran puestos de salud y 1 009 eran centros de salud. Esto quiere decir que 5 216 establecimientos, el 90,6%, solo producen el 20% de los servicios.

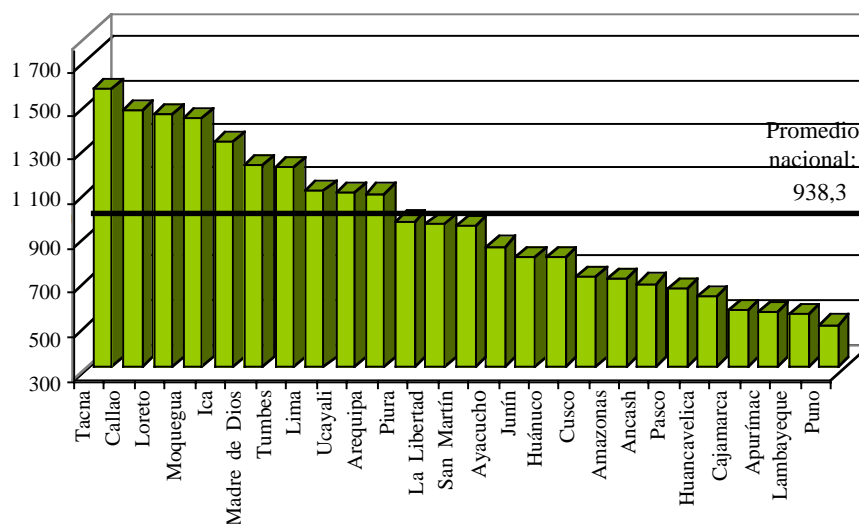
En el *gráfico 1* se puede observar la dispersión de la consulta médica por cada mil habitantes y por departamentos. Se aprecia que algunos departamentos, como Tacna, presentan una alta productividad, mientras otros departamentos, como Puno, presentan una muy baja productividad, mientras el promedio nacional es de 938,3 consultas médicas por mil habitantes.

Se deduce de estas cifras por departamentos que no ha habido un gobierno sistémico que otorgue coherencia a los resultados. Tacna, que no es un departamento de los más pobres –por el contrario, está bien ubicado respecto del índice de necesidades básicas satisfechas– tiene un gerencia adecuada, mientras departamentos con muchas más necesidades insatisfechas, como Apurímac, Cajamarca, Huancavelica, Pasco o Puno, no presentan el mismo rendimiento y gestión.

distribuyen todos los distritos del país en cinco rangos de pobreza según necesidades básicas insatisfechas (NBI) y se contrastan las consultas médicas que cada rango recibe se aprecia que el quintil más pobre, el quintil quinto, que tiene distritos con más de 69% de pobres, 572, recibió 530 consultas médicas por mil habitantes, mientras el quintil más rico, que es el quintil relativamente pudiente, con menos pobres (entre 2% y 17%), recibió 1 101 consultas por mil habitantes.

Gráfico 1

Minsa: consultas médicas por departamentos, 1999 (por 1 000 habitantes)



Focalizar la consulta pública

Evidentemente la consulta privada se dirige a las zonas de mercado, concentradas en las principales ciudades del país. Pero la consulta pública se debe dirigir teóricamente a la población con más necesidades.

En el *cuadro 2* se puede apreciar cómo se distribuyeron las consultas del Minsa por niveles de pobreza en 1999. Si se

Se va visualizando, así, que en los 90 se superó la situación de colapso operativo con que se inició la década. A partir de 1993 se desplegó el sistema de atención, pero por “volumen bruto de producción”, sin que ello significase un mejor desempeño. Esto no quiere decir que no haya habido regiones de salud, servicios y proyectos de salud de buen desempeño. Efectivamente, el tipo de régimen político, de carácter autoritario y centralista, tuvo

una gobernanza focalizada en algunos proyectos y programas de interés del Ejecutivo. El neopopulismo autoritario centró su interés en áreas de interés que le otorgasen legitimidad –por ejemplo Salud Básica, seguro escolar–. El desafío futuro es que los gobiernos tengan una idea sectorial de la gobernanza, porque solo el mejoramiento del desempeño de sus instituciones y del sistema, en forma sostenible, podrá convertirse en herencia duradera para el sistema.

el compromiso explícito de que esos fondos servirían para exonerar a los usuarios en pobreza o en pobreza extrema, previa identificación de los beneficiarios. Pero al no existir un sistema de identificación de beneficiarios, el sistema de salud del Minsa es público legalmente, pero público-privado en su financiamiento. Si queremos incrementar el financiamiento y el acceso a los servicios, debemos afrontar este tema.

Cuadro 2
Consulta médica por quintiles de pobreza, 1999

Quintil de pobreza	Distritos	Atendidos	Atenciones	Población	Consulta médica por mil habitantes
I (2-17)	31	996 878	2 508 043	2 277 922	1 101
II (18-34)	148	2 502 710	6 072 430	7 403 239	820
III (35-51)	360	1 740 940	4 140 434	5 810 473	713
IV (52-68)	697	1 297 458	3 086 023	5 394 843	572
V (69 y más)	572	972 907	2 270 085	5 283 203	530

Fuente: Registro Diario HIS/INEI-Proyecto 2000.

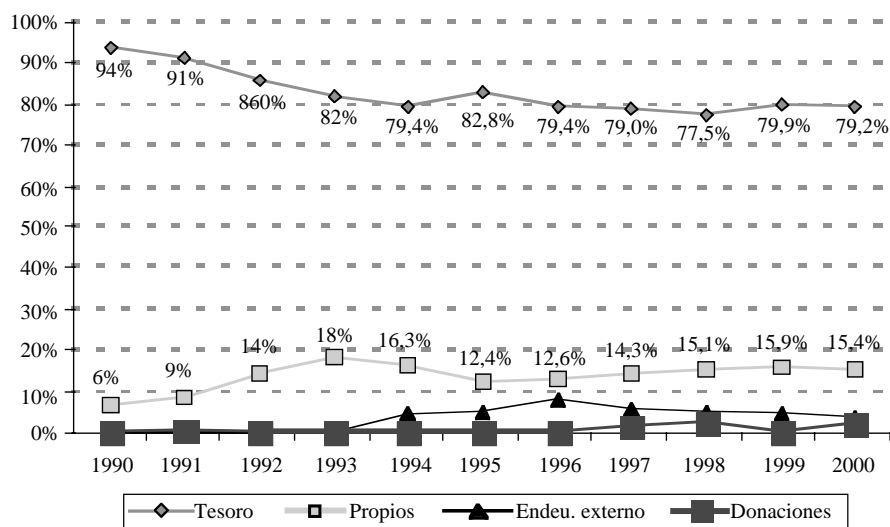
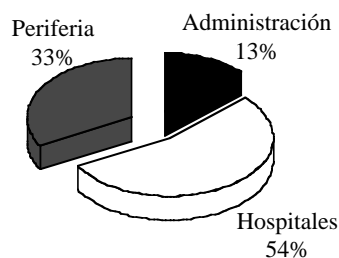
Definir una política de financiamiento progresiva: el tema del copago

A comienzos de la década se permitieron los cobros en el sector público debido a la situación de emergencia. Como se puede apreciar en el gráfico 2, los recursos directamente recaudados –más conocidos como “recursos propios”– empezaron siendo 6% y terminaron en 15,4% al final de los 90, mientras los recursos provenientes del Tesoro Público, los recursos ordinarios, terminaron la década en 79,2%.

Para el futuro es necesario rediscutir este tema del copago, pues la sociedad participa aportando el 15,4% al mantenimiento del sistema público porque hubo

Cambiar la distribución del gasto público

Al final de diez años de prédica de la focalización y de la atención básica podemos concluir que el gasto público en salud sigue siendo predominantemente hospitalario. En el estudio realizado en 1996, en el que participó ESAN, los hospitales captaban el 54% del gasto, y los datos de los años 1997 y 98 indican que estos porcentajes se mantienen. Como puede verse en el gráfico 3, el gasto del Minsa se distribuye así: 13% para Administración, 33% para la Periferia y 54% para los Hospitales. Más aún, en el caso de Lima, el gasto hospitalario sube a 71% en virtud de la presencia de los institutos especializados.

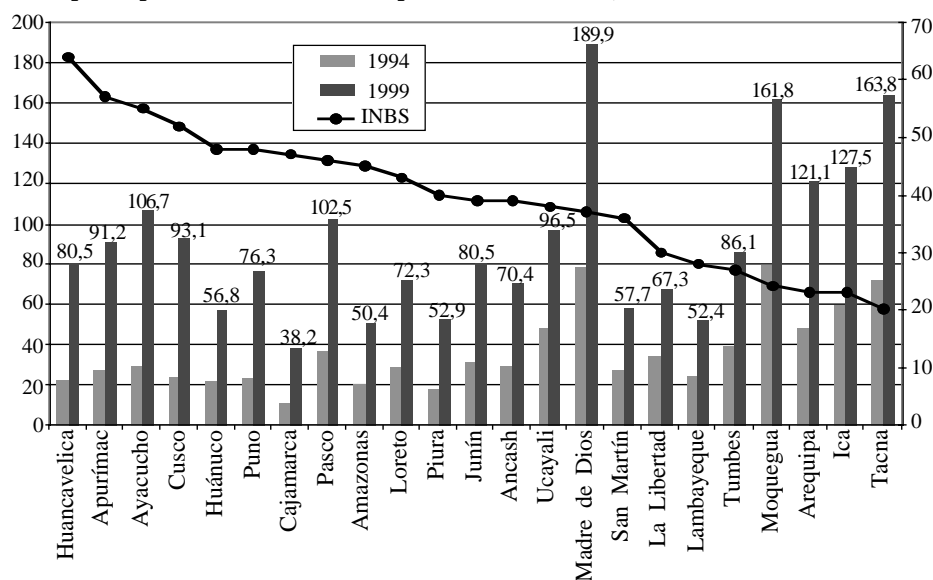
Gráfico 2**Evolución del financiamiento en los 90: Tesoro Público y recursos propios****Gráfico 3****Predominancia del gasto hospitalario, Minsa 1996***Direccionar el subsidio público*

Ya se ha hecho costumbre en las maestrías en salud pública en el país cruzar las bases de datos de consultas médicas, atenciones y egresos con las de ENNIV y las de ENAHO, de lo cual se deduce que los distintos cuartiles o quintiles reciben casi por igual el subsidio público. En un estudio reciente, del año 1998, se encontró que el cuartil 1 recibía 20,2% del subsidio; el cuartil 2, el 31,6%; el cuartil 3, el 26,6%;

y el cuartil 4, que es el más pobre, el 21,6%. Estos resultados indican que no estamos distribuyendo adecuadamente el dinero público.

Lo mismo sucede con las asignaciones departamentales del gasto en salud. Como puede verse en el gráfico 4, el incremento en el gasto per cápita en salud en los departamentos del país entre los años 1994 y 1999 no tuvo relación alguna con la curva de necesidades básicas insatisfechas (INBS). Huancavelica, que es el departamento relativamente más pobre, recibe menos que Tacna, el menos pobre en términos relativos. El gasto crece más en Tacna y en Madre de Dios; en Huancavelica crece también, pero no tanto como, por ejemplo, en Pasco o en Piura o Moquegua. Esto sucede por el criterio de producción bruta, que durante la década pasada se orientó por el número de atenciones o los egresos. La reconstrucción reciente de los sistemas de información viene dando cuenta de este tipo de problemas.

Gráfico 4
Gasto per cápita en salud a nivel departamental e INBS, 1994-1999



Aumentar la eficiencia en el gasto

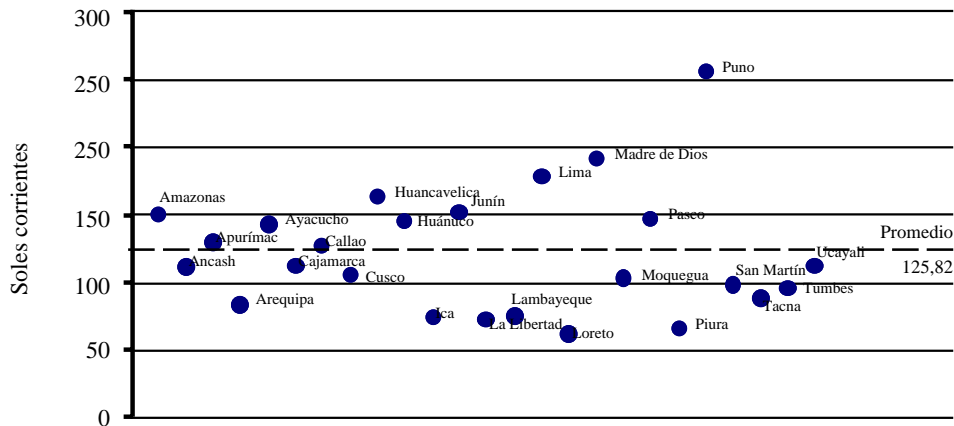
En el país no tenemos muchos recursos y, por tanto, uno de los desafíos futuros será aumentar la eficiencia en el gasto. Al respecto, los sistemas prestadores tienen aún un amplio techo para la maximización de los recursos. Una revisión del gasto promedio por consulta médica en los servicios del Minsa por departamentos permite visualizar precisamente los tramos de gestión que tenemos que ganar en esta década. En el gráfico 5 se puede apreciar el gasto por consulta médica por departamento. El promedio de todo el país está en 125,82 soles por consulta, pero hay departamentos, como Puno, donde la consulta médica cuesta más de 250 soles, mientras en departamentos como Piura y Lambayeque, la consulta está entre 60 y 70 soles. Hay efectivamente muchos factores que intervienen en esta disparidad, pero estamos seguros de que una de

las disparidades es, también, la referida a capacidades de gestión.

El reto de la calidad en la medicina gerenciada

Otro compromiso que nos parece importante en el ámbito de las políticas de salud 2001-2006 es la compatibilización de la calidad de los servicios con la medicina gerenciada. La atención gerenciada viene siendo afrontada a nivel micro, en los servicios e instituciones prestadoras, avanzándose en la protocolización de la atención y sistemas de auditoría. Pero los nuevos problemas derivados de la generalización progresiva de la medicina gerenciada la convierten en una cuestión de política macro. En realidad, estamos viviendo el fin de la etapa del predominio de la clínica liberal y de la autonomía técnica casi absoluta de los médicos. Ello

Gráfico 5
Gastos por consulta médica por departamento, 1999



abre el desafío de la calidad en la medicina gerenciada porque la estandarización, mal orientada por criterios solo económicos, puede afectar la calidad de la atención.

Nuestra conclusión, luego de este rápido repaso sobre la gobernancia de los sistemas prestadores, es que ha habido mucha retórica y poco desempeño. En el Perú hemos hablado mucho de eficiencia, pero ha habido más ideología eficientista que eficiencia real. Lo más conveniente para esta próxima década deberá ser hablar menos y hacer más seriamente las cosas.

Como hemos afirmado, en los 90 la atención se centró en las cifras sobre producción de servicios y no en los indicadores de desempeño del sistema de salud y sus servicios. Añadimos ahora que no solo hubo este manejo triunfalista de los incrementos productivos, sino también un manejo inadecuado de los indicadores de salud de la población como pruebas del éxito de las políticas de salud. El régimen intentó demostrar que los in-

dicadores de salud mejoraban por obra de su manejo del sector salud, en un enfoque determinista, pues los indicadores de situación de salud son de una multicausalidad mucho mayor que los indicadores de desempeño, porque intervienen sobre ellos desde fenómenos naturales como El Niño hasta intervenciones múltiples de todos los sectores del Estado y de la población en general. En este sentido, dado que la situación de salud rebasa las fronteras del sector salud, la salud deberá ser asumida también como un asunto de gobierno intersectorial.

Los desafíos de la gobernabilidad en salud 2001-2006

El otro gran desafío para el gobierno en salud para el periodo 2001-2006 es el de la gobernabilidad. Aquí solo podremos enfatizar algunos temas relacionados con ella. Quizás uno de los más aleccionadores para este próximo quinquenio sea identificar el modelo de gestión que nos ha estado conduciendo en el sector. Porque

hay que develar el modelo oculto de gestión tras las palabras, y en los 90 se habló mucho de modernización y gerencia. ¿Ha habido gerencia en los años 90? ¿Cuánto de modernización hubo? ¿Nuestro régimen autoritario fue definitivamente moderno, como los autoritarismos del cono sur?

Nuestra opinión es que el resultado de la década pasada ha sido una mixtura entre el patrimonialismo, modelo de gestión premoderno; el burocratismo, modelo propio de la etapa estatista-desarrollista; y el gerencialismo, el modelo de gestión de la época actual. Esta mixtura no ha estado en transición necesariamente hacia el modelo gerencial, sobre todo en los últimos años.

Por eso, terminada la década se observa, a la vez, la administración basada en confianzas, propia del patrimonialismo, con todas sus características: clientelismo, nepotismo y círculos de confianza personal; la cultura burocrática, centrada en los procedimientos; y finalmente, las ideas-fuerza de la eficiencia y la administración sobre la base de resultados, específicas del modelo gerencial.

En el país tenemos suficientes evidencias que demuestran que el neoliberalismo “desvistió” al burocratismo, pero incrementó el patrimonialismo en el Estado peruano. Lo poco que había de administración sistémica y de sistemas de administración, construido en la etapa del Velasquismo, se destruyó en la década de los 80 y fue desmontado en los 90.

Este resultado tiene que ver con la ideología de los años 90, que creía que la confrontación no era entre los tres modelos, sino solo entre dos, entre el mo-

delo gerencial y el modelo burocrático. Así, en los 90 se ha creído que se luchaba contra un Estado fuerte, cuando en nuestro país no había rectoría en salud, no teníamos Estado fuerte. El modelo burocrático no había terminado con el modelo patrimonialista. El no entender que la confrontación era entre estos tres modelos de gestión y culturas institucionales ocasionó que la destrucción, erosión o desgaste del modelo burocrático redundara en el crecimiento del modelo patrimonial, con mayor razón si no estábamos ante un autoritarismo definitivamente moderno, sino ante un régimen con muchos rasgos premodernos. El fujimorato terminó como una cleptocracia, forma extrema del patrimonialismo.

El modelo patrimonialista se caracteriza por la no diferenciación entre lo público y lo privado, la alta discrecionalidad del jefe, la inexistencia de reglas, los procedimientos rudimentarios, el escaso profesionalismo, el clientelaje y el prebendalismo. El modelo burocrático se caracteriza, más bien, por la construcción de sistemas, por la existencia de vértices técnicos, por la búsqueda de una gestión racional, por la exigencia de rendimientos medios, la apelación normativa a ciertas identidades institucionales, la institucionalización y el énfasis en procedimientos, medios y procesos. El nuevo modelo gerencial se basa en las ideas-fuerza de desempeño, resultados e impactos y en la flexibilidad organizativa y estratégica (ver *cuadro 3*). No hay un solo modelo gerencial, y al respecto está pendiente el debate acerca del traslado mecánico de conceptos y métodos de la administración privada al campo de los servicios sociales. Pero lo que se deduce de este panorama es que en el Perú tenemos que pasar ahora al modelo gerencial reconstruyendo los

Cuadro 3
Etapas y modelos de gestión en salud

Modelo patrimonialista	Modelo burocrático	Modelo gerencial
<ul style="list-style-type: none"> • No diferencia lo público de lo privado. • Procedimientos rudimentarios. • Escaso profesionalismo. • Clientelaje y prebendalismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de salud. • Vértice técnico. • Gestión racional. • Rendimientos medios. • Identidades institucionales. • Institucionalización. • Énfasis en procedimientos, medios y procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en resultados e impacto. • Flexibilidad en los procedimientos. • Énfasis en evaluación del desempeño. • Gerencia y planeamiento estratégico. • Gerencia de la calidad. • Gerencia.

sistemas que el modelo burocrático no pudo aportar.

En resumen, en los 90 se desestabilizó al régimen burocrático favoreciendo al mercado, pero sobre todo, al modelo de administración pública clientelar, basado en las confianzas, la casuística y la amplia libertad del decisor.

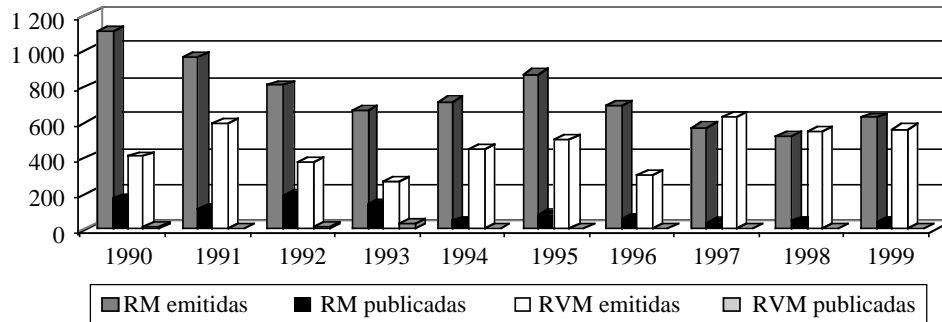
Este resultado ha sido fruto del intento de construir un gobierno eficaz sin gobernabilidad democrática. Los avances limitados, incluso para construir una gobernancia eficaz y eficiente, demuestran que en países de baja institucionalidad y mucho clientelismo solo se podrá construir una moderna gobernancia si existe el control social de sus sociedades. No habrá Ministerio de Salud eficiente y eficaz en su tarea de gobierno sin el apoyo y fiscalización de la población, de la sociedad civil sectorial y una amplia participación social.

La gobernabilidad democrática es entonces un asunto de principios, pero también una condición de operatividad gubernamental; entre otras cosas, necesi-

tamos transparencia en la gestión. En el *gráfico 6* se presenta el número de resoluciones ministeriales y viceministeriales emitidas y publicadas en el diario oficial *El Peruano* entre 1990 y 1999. Como se puede apreciar, la diferencia entre las resoluciones que son firmadas y las que son publicadas es muy grande. En el caso de las resoluciones ministeriales, al inicio de la década de los 90 se publicaron 166 de las 1 111 emitidas, mientras a fines de la década se publicaron 38 de las 619 firmadas. En el caso de las resoluciones viceministeriales, a fines de la década de los 90 se publicaron solo 2 de un total de 556 emitidas. Definitivamente necesitamos otro tipo de gobernabilidad, otro régimen político en salud.

Para terminar, nuestra idea es que el éxito del gobierno en salud en el periodo 2001-2006 dependerá de cómo se trabaje las dos dimensiones, gobernancia y gobernabilidad. Solo una articulación de ambas hará de estos años futuros un periodo saludable. Necesitamos un gobierno saludable para un Perú saludable en esta próxima década.

Gráfico 6
Resoluciones ministeriales y resoluciones viceministeriales emitidas y publicadas, 1990-1999



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
RM emitidas	1 111	9 555	800	660	709	861	685	563	514	619
RM publicadas	166	110	183	137	43	74	53	33	42	38
RVM emitidas	401	586	370	266	443	498	301	620	543	556
RVM publicadas	10	4	12	23	3	2	2	3	2	2