

Desde el 2002, en el país, se está implementado un proceso de descentralización del Estado, que en el marco de la normatividad vigente, ha implicado en el caso del Sector Salud, la precisión del contenido de las funciones compartidas y su transferencia a los gobiernos regionales. Este proceso se da en el marco de un Sector Salud fragmentado y con un Ministerio de Salud (MINSA) que paulatinamente va asumiendo su rol rector, lo cual sólo recientemente se viene plasmando en su estructura organizacional.

Al respecto, la ley de Bases de la Descentralización determina las competencias sectoriales: exclusivas y compartidas, y señala que la salud es una competencia compartida entre los tres niveles de gobierno. En este marco precisa que las funciones en salud que les corresponden a los gobiernos regionales y municipales se fijan en sus respectivas leyes. Así en la Ley de Bases de los Gobiernos Regionales se establecen las 16 funciones. Entre los años 2004 y 2005 producto de reuniones del MINSA con los gobiernos regionales se avanzó en precisar el contenido de cada una de las 16 funciones, producto de lo cual se consensuaron 125 facultades. Luego de lo cual se dio inicio al proceso de descentralización de la salud pública con la transferencia de las funciones y sus respectivas facultades, proceso que se aceleró entre los años 2008-2009, culminado el proceso en enero del 2010, con el Gobierno Regional del Callao.

La transferencia formal y financiera de este proceso se ha realizado entre los años 2005 y 2009 impulsado por una fuerte voluntad política del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales. El proceso ha continuado, con la creación espacios de concertación como la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS) en el 2010 y las reuniones periódicas del MINSA con la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR) desde el 2012.

Esta reforma del Estado se ha realizado de manera simultánea con reformas importantes para el Sector Salud, como la aprobación de la Ley Marco del Aseguramiento Universal (2009) lo que ha llevado a fortalecer el Seguro Integral de Salud¹ (SIS) y a su mecanismo de transferencia de recursos como reconocimiento de las atenciones para sus asegurados; así como la reforma del sector salud, iniciada en el 2013, que ha comprendido entre otros temas la política remunerativa de los profesionales de la salud, la ampliación del mandato del SIS y de la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), la política de inversiones y la aprobación de la nueva Ley de Organización y Funciones del MINSA y su Reglamento.

Sin embargo, a pesar de lo avanzado el proceso de descentralización requiere ser ajustado para que los avances se transformen en una mejor situación de salud para la población. Un elemento esencial es el análisis y diseño de mecanismos relacionales multisectoriales e intergubernamentales más efectivos. Así, resulta indispensable ampliar las intervenciones relacionadas a los determinantes de la salud, incluyendo a los sectores que tienen responsabilidad sobre servicios clave para el mantenimiento de la salud (Vivienda, Educación, Transporte, etc.), hacer los arreglos institucionales necesarios para fortalecer a los actores en sus diferentes roles, adecuar el financiamiento a estos cambios y modificar la organización del servicio poniéndolo al servicio del ciudadano.

Con el fin de desarrollar propuestas para enfrentar estos problemas el Ministerio de Salud y la Iniciativa de Diálogos de Política Pública promueven este espacio de reflexión de exministros de Salud, viceministros y funcionarios de alto nivel, acompañados de un selecto grupo de expertos de diversas instituciones cuyos aportes están incluidos en el presente documento. Como parte de los Diálogos de Política Pública este documento toma en cuenta la “Nota de política pública de salud, avanzando hacia el acceso universal a la salud” y la “Nota de política pública de salud: EsSalud, Modernizando EsSalud desde y para el asegurado”.

1 El SIS fue creado en el 2002 sobre la base del Seguro escolar Gratuito y del Seguro Materno Infantil.

2 <http://www.dialogosperu.pe/>

Principales recomendaciones

Alinear las políticas nacionales y regionales de salud

- › Hacer vinculantes los acuerdos de la CIGS para el nivel nacional y regional
- › Establecer Planes Intergubernamentales Multianuales de Salud (PIMS)

Mejorar las condiciones de salud de la población

- › Dar prioridad a la ampliación de la cobertura de los servicios de agua, saneamiento y gestión de residuos sólidos y establecer mecanismos de articulación entre los diversos sectores (Vivienda, Salud, Ambiente, etc.) y los tres niveles de gobierno en torno a agendas concretas respecto de estos tres servicios.
- › Fortalecer el sistema nacional de vigilancia epidemiológica en salud pública

Incrementar el acceso y calidad de los servicios de salud

- › Conformar progresivamente las Redes Integradas de Atención de Salud (RIAPS) en las regiones implementando el modelo de atención de salud basada en medicina familiar y comunitaria. Para el año 2021 contar con al menos 1 red integrada por región.
- › Establecer Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), para la conducción y gestión integral de las RIAPS.

Garantizar los recursos clave y mejorar la eficiencia en su uso

- › Aumentar la proporción de los recursos de la Función Salud que son mancomunados por el SIS, mejorar los mecanismos de pago del SIS a hospitales y redes y establecer el marco legal que permita a los establecimientos públicos “facturar” al SIS (y a otras IAFAS) por los servicios brindados.
- › Consolidar la política multianual de inversiones, potenciando la acción del MINSA y fortaleciendo los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud-CRIIS.

Fortalecer la capacidad institucional de salud en las regiones

- › Establecer los mecanismos para que el MINSA participe en la selección y evaluación de los Directores Regionales
- › Dotar a las Direcciones y Gerencias Regionales de Salud (DIRESA y GERESA), hospitales y redes de equipos de Gerentes Públicos e implementar un plan de desarrollo de capacidades específico para cada región.
- › Acelerar la incorporación de las DIRESA y GERESA al régimen SERVIR y mejorar progresivamente las condiciones laborales de su personal.

Situación actual y principales retos

El actual proceso de descentralización del Estado se inicia en el año 2002³ y está orientado a transferir funciones a los gobiernos regionales, teniendo “como finalidad el desarrollo integral, armónico y sostenible del país, mediante la separación de competencias y funciones, y el equilibrado ejercicio del poder por los tres niveles de gobierno, en beneficio de la población”⁴.

El proceso de descentralización en salud, que se inserta en este proceso general, tiene dos etapas: la primera hasta el 2006 que contempló una estrategia de mediano plazo para la transferencia progresiva de funciones y facultades, conforme se evaluaban las capacidades regionales para asumir las nuevas funciones (a través de un sistema de acreditación de dichas capacidades); una segunda etapa en que el gobierno dispuso un “shock” descentralizador, que supuso una aceleración de las transferencias y la eliminación del requisito de acreditación.

En el caso del Sector Salud, basado en la voluntad política del Ministerio de Salud (MINSA) y de los Gobiernos Regionales,

3 Ley N° 27680, Ley de Reforma Constitucional del Capítulo 16, del Título 4 sobre Descentralización de la Constitución Política del Perú

4 Artículo 3° de la Ley N° 27783, Ley de Bases de la Descentralización

Cuadro 1:
Recursos presupuestales transferidos a los gobiernos regionales en asociación a las funciones transferidas en el marco del proceso de descentralización, según gobiernos regionales. Años 2007 al 2009

En miles de Soles									
Gobierno Regional	2007	2008	2009	Total	Gobierno Regional	2007	2008	2009	Total
Amazonas	1.651	4.780	395	6.826	La Libertad	1.911	4.799	430	7.140
Ancash	2.195	4.951	438	7.585	Lambayeque	2.266	1.955	395	4.616
Apurímac	1.940	5.932	509	8.381	Lima	0	143.808	327	144.136
Arequipa	7.818	1.941	357	10.115	Loreto	3.405	5.143	688	9.236
Ayacucho	1.478	7.134	326	8.938	Madre de Dios	1.790	1.784	239	3.813
Cajamarca	5.984	8.568	601	15.153	Moquegua	1.351	915	168	2.434
Callao	0	0	164.284	164.284	Pasco	1.186	4.156	216	5.558
Cusco	1.756	6.643	1.072	9.471	Piura	5.589	5.312	619	11.519
Huancavelica	650	5.495	289	6.434	Puno	2.068	5.477	434	7.979
Huánuco	4.058	3.911	364	8.333	San Martín	2.054	2.948	436	5.438
Ica	1.503	2.310	227	4.040	Tacna	2.247	1.153	180	3.579
Junín	1.159	6.790	449	8.398	Tumbes	838	1.521	210	2.569
					Ucayali	1.036	3.314	507	4.857
					Total	55.934	240.738	174.161	470.833
					% del presupuesto de la Función Salud (MINSA+GR)	1,3	4,9	2,9	

Fuente: Plan Anual de Transferencia de Competencias Sectoriales a los Gobiernos Regionales y Locales del Año 2012. pp.4-5

las transferencias se realizaron de manera coordinada entre el 2005 y el 2008, quedando solo pendiente la transferencia al Gobierno Regional de Lima Metropolitana que además es Municipalidad Metropolitana. A diferencia de los demás gobiernos regionales, en los sucesivos intentos por realizar la transferencia, no ha sido clara la voluntad de las diferentes gestiones metropolitanas respecto a la transferencia. Cabe anotar que, siendo necesario continuar con la separación de la función de prestación del rol rector el MINSA, se ha creado en el 2013 el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), organismo público ejecutor, adscrito al MINSA, que tiene como función conducir la administración de los servicios de salud de Lima Metropolitana.

Con relación a las transferencias de recursos asociadas a las transferencias de funciones, entre los años 2007 y 2009 los Gobiernos Regionales recibieron S/. 471 millones (Cuadro 1). Uno de los principios

del proceso de descentralización establecidos en el artículo 5° de la Ley de Bases de Descentralización (Ley N° 27783) es el referente a la neutralidad financiera del proceso, “es decir, evitar la transferencia de recursos sin contraparte de transferencia de responsabilidades de gasto.” Esto suponía que el presupuesto existente era suficiente y que los recursos debían salir del Pliego MINSA o del reordenamiento del Pliego del respectivo Gobierno Regional. Aunque no existe una evaluación nacional de la suficiencia de los recursos, era claro para los actores que, por una parte, el presupuesto ya era insuficiente y las funciones se hacían con deficiencias al inicio del proceso y, por la otra, el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales tenían, adicionalmente, que asumir nuevas funciones no financiadas.

En términos de organización, hasta el año 2002, las Direcciones de Salud eran órganos desconcentrados del MINSA, aunque dependientes administrativamente de los

Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR). Con la descentralización pasaron a ser órganos de sus respectivos Gobiernos Regionales y el MINSA dejó de tener responsabilidad y autoridad directa sobre la prestación de los servicios de salud en las regiones. En la primera etapa del proceso el Director de Salud era elegido y evaluado conjuntamente por el MINSA y el respectivo gobierno regional, lo cual posteriormente se modificó disponiéndose que “su designación y cese corresponde al Presidente Regional a propuesta del respectivo Gerente Regional” y que “Para ser Director Regional se requiere acreditar ser profesional calificado y con experiencia en la materia sectorial respectiva, mediante concurso de méritos.”⁵

La transferencia de funciones significó en algunos casos cambios en la organización administrativa regional. En el caso de Salud varias Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) pasaron a ser gerencias y fueron absorbidas dentro de la estructura del gobierno regional. En el gobierno nacional no se produjeron cambios sustanciales. Hasta el 2013 en que comienza a adaptarse organizativamente el MINSA con la perspectiva de asumir su rol rector, se fortalece el Seguro Integral de Salud (SIS), se amplía el mandato y fortalece la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), se crea el Instituto de Gestión de servicios de Salud (IGSS) y finalmente en el presente año se aprueba de su nuevo Reglamento de Organización y Funciones.

La evaluación de la capacidad regional para sus nuevas funciones se ha dado una sola vez en el 2009 cuando se aplicó el instrumento de Monitoreo y Evaluación de la Descentralización (MED) diseñado por el MINSA y se identificó “que el desempeño promedio era mediano y bajo”⁶.

5 Se modifica la Duodécima Disposición Transitoria, Complementaria y Final de la Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, modificada por la Ley N° 27902, con el artículo 2° de la Ley N° 28926, Ley que regula el régimen transitorio de las direcciones regionales sectoriales de los gobiernos regionales.

6 Ministerio de Salud “Informe ejecutivo sobre el proceso de descentralización. Período 2003 – 2012” (Marzo de 2013) p. 12

A estas limitaciones se debe agregar que la capacidad de conducción de la DIRESA o la Gerencia Regional de Salud-GERESA se ha visto limitada por la organización presupuestal en tanto tienen igual rango de decisión presupuestal que los hospitales y redes que son Unidades Ejecutoras que se relacionan directamente con el pliego del Gobierno regional o el MEF.

La coordinación intergubernamental ha sido una característica positiva que ha diferenciado el proceso de descentralización del Sector Salud respecto a otros sectores. La Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS)⁷ ha venido funcionando en forma regular desde su constitución en febrero del 2010 hasta la actualidad. A partir del año 2012, la CIGS es

7 DS 047-PCM D.S N° 047-2009-PCM, Plan Anual de Transferencia de competencias Sectoriales a los gobiernos regionales y locales del año 2009” (Arts. 34 lit. a, e ,m)

“A nivel de las decisiones de política intergubernamental de salud entre la Alta Gerencia del MINSA y los Gobernadores Regionales congregados en la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR).

- **Establecimiento de una agenda de prioridades de política intergubernamental para el 2015 - 2016.**
- **Revisión de cada uno de los avances de las políticas de salud priorizadas.**
- **Adopción de acuerdos sobre tres aspectos medulares de política para el próximo quinquenio: (i) Ampliación de cobertura poblacional de la protección en salud, fortaleciendo el Seguro Integral de Salud, (ii) Política de inversiones para ampliar y mejorar los servicios de salud y (iii) Fortalecimiento de la autoridad sanitaria.”**

(Informe ejecutivo, Ministerio de Salud. Informe anual del proceso de descentralización, año 2015. Enero 2016. p.7)

orientada al fortalecimiento de la gestión descentralizada, entre el MINSA y los Gobiernos Regionales, consensuando prioridades intergubernamentales de política en salud. Esta comisión está integrada por representantes del MINSA encabezados por el Ministro, los Directores/Gerentes de las DIRESA/GERESA y por representantes de las asociaciones de los gobiernos locales⁸ que se vienen reuniendo de manera ordinaria cada tres meses y de manera extraordinaria cuando la situación lo ha ameritado. La representación de los gobiernos regionales se ha visto fortalecida desde agosto de 2012 con reuniones cuatrimestrales entre el MINSA y la Asamblea de Gobiernos Regionales (ANGR) para concertar las agendas de la CIGS y hacer seguimiento a los acuerdos sobre políticas en salud.

La CIGS ha demostrado ser un espacio importante de concertación para la discusión y seguimiento de las políticas en salud tales como la política de cobertura universal de salud, el fortalecimiento de la atención primaria, la política de remuneraciones, el fortalecimiento de acciones para enfrentar prioridades sanitarias como el zika o el dengue, entre otras⁹. Asimismo, esta dinámica de concertación ha permitido avanzar en la implementación concreta de políticas más específicas como la de inversiones, facilitando la conformación de los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión Salud (CRIIS) en cada región, así como la aprobación y priorización de los 748 establecimientos estratégicos.

Para fortalecer la implementación de la Estrategia de Promoción de la Salud para Poblaciones Amazónicas (PROMOSALUD), en el segundo semestre del 2015 se instaló la Comisión Intergubernamental Amazónica de Salud (CIGS Amazónica) con la participación de los Ministerios de Salud, Vivienda, Construcción

y Saneamiento, y el de Cultura, los Gobiernos Regionales de Amazonas, Loreto, Madre de Dios, San Martín y Ucayali, y sus respectivos Gobiernos Locales Provinciales amazónicos. Las líneas estratégicas a trabajar son:

- “Fortalecer el seguimiento de niñas / niños.
- Proyectos de inversión en promoción de la salud.
- Promoción de la salud.
- Acceso a agua para consumo humano
- Protección de la salud”¹⁰

El MINSA para fortalecer su rol de auxilio y socorro a los gobiernos sub nacionales ha impulsado el marco legal para hacer frente a las emergencias sanitarias y para intervenir ante situaciones de riesgo a la salud. Para el primer caso se aprobó en el 2013 el Decreto Legislativo N° 1156, que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones, que le permite al MINSA llevar recursos, personal y actuar de manera directa para el control de un problema de salud pública. Recientemente el Congreso de la República aprobó la Ley N° 30423, Ley que establece medidas para fortalecer la autoridad de salud de Nivel Nacional, con el fin de intervenir cuando la posibilidad de morbilidad, discapacidad o muerte de los ciudadanos por problemas de cumplimiento de funciones o factores exógenos se esté produciendo.

La relación fiscal intergubernamental se ha dado en el marco de una tendencia de crecimiento económico y de incremento del gasto público, y ha traído cambios importantes en el financiamiento aumentando el presupuesto de los gobiernos regionales en términos absolutos y como porcentaje del presupuesto de la función salud. Como se aprecia en el cuadro 2, el peso del presupuesto de las regiones para

8 En el caso de los gobiernos locales la representación ha sido débil y en pocos acuerdos han asumido responsabilidad o se han visto implicados.

9 Ver las actas de la CIGS en: http://www.minsa.gob.pe/portalweb/01institucional/institucion_5.asp?sub5=2

10 Informe ejecutivo, Ministerio de Salud. Informe anual del proceso de descentralización, año 2015. Enero 2016. p.6

Cuadro 2:
Presupuesto ejecutado de la Función Salud del MINSA y los
Gobiernos Regionales por niveles de gobierno 2007 - 2015

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
En millones de soles									
Gobierno Nacional \1	2.647	2.603	3.086	3.149	3.617	3.926	3.614	3.431	5.681
Gobierno Regional	1.776	2.101	3.037	3.199	3.733	4.600	5.478	6.416	6.563
TOTAL	4.423	4.704	6.123	6.348	7.350	8.526	9.093	9.848	12.244
Estructura porcentual									
Gobierno Nacional \1	59,9	55,3	50,4	49,6	49,2	46,0	39,7	34,8	46,4
Gobierno Regional	40,1	44,7	49,6	50,4	50,8	54,0	60,3	65,2	53,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1\ Se ha descontado del SIS lo transferido a las regiones y que se registra en el Pliego regional como Donaciones y Transferencias.
Fuente: SIAF - MEF. Elaboración propia

la salud ha pasado de ser el 40 por ciento a significar el 65 por ciento del total del presupuesto de la función salud (MINSA y GR) en 2014.; además cabe anotar que parte del financiamiento con que cuenta el MINSA es gastado para las regiones (vacunas, medicamentos, inversiones, etc.).

En los últimos 14 años han surgido dos formas alternativas de asignación y gestión presupuestal: las transferencias del SIS y los Programas Estratégicos. Casi en simultáneo con el proceso de descentralización en el 2002 surgió el Seguro Integral de Salud, sobre la base del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil iniciados en la década anterior. A diferencia de los recursos asignados por el MEF a través del presupuesto regular del Gobierno Regional (Recursos Ordinarios – RO) que son asignados con un criterio histórico, los recursos del SIS buscan ser transferidos a las Unidades Ejecutoras de los servicios de salud en función de las atenciones que hayan producido dentro de los planes aprobados.¹¹ Los planes han ido evolucionando de planes básicamente materno-infantiles, y algunos especiales muy pequeños (en el 2002), al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y el plan de alto costo (FISSAL) con poblaciones de todas las edades bajo condición de pobreza (en 2009), a grupos de prioridad sanitaria como gestantes y niños hasta los 5 años, alumnos de escuelas

públicas a través del Plan de Salud Escolar en alianza con Qali Warma y el SIS Emprendedor en alianza con la SUNAT para los contribuyentes al Nuevo Registro Único Simplificado (NRUS) (en 2013).

Los recursos del SIS que son RO se registran en las ejecutoras una vez transferidos en la fuente de financiamiento Donaciones y Transferencias. Esta fuente de financiamiento ha duplicado su participación en el financiamiento reemplazando a los recursos provenientes por el cobro a los usuarios de los servicios públicos (Recursos Directamente Recaudados - RDR) impactando positivamente en la reducción del pago de bolsillo de los asegurados del SIS.

Sin embargo, este “rebalanceo” de fuentes de financiamiento no estuvo exento de resistencias porque desde los 90 se había permitido, sobre todo a los hospitales, cobrar por los servicios y estos recursos servían para hacer pagos complementarios al personal (canastas, bonos, etc.)¹² siendo un claro incentivo para cobrar a los usuarios¹³ No obstante, el aumento del financiamiento vía el SIS, las restricciones del MEF para seguir aumentando los salarios por la vía de los Recursos Directamente Recaudados

11 El SIS cuenta con mecanismos de reporte y control de las actividades que financia.

12 Paralelamente, el MEF ha ido implementando reglas más rígidas para impedir el pago de adicionales como una medida para controlar el aumento salarial.

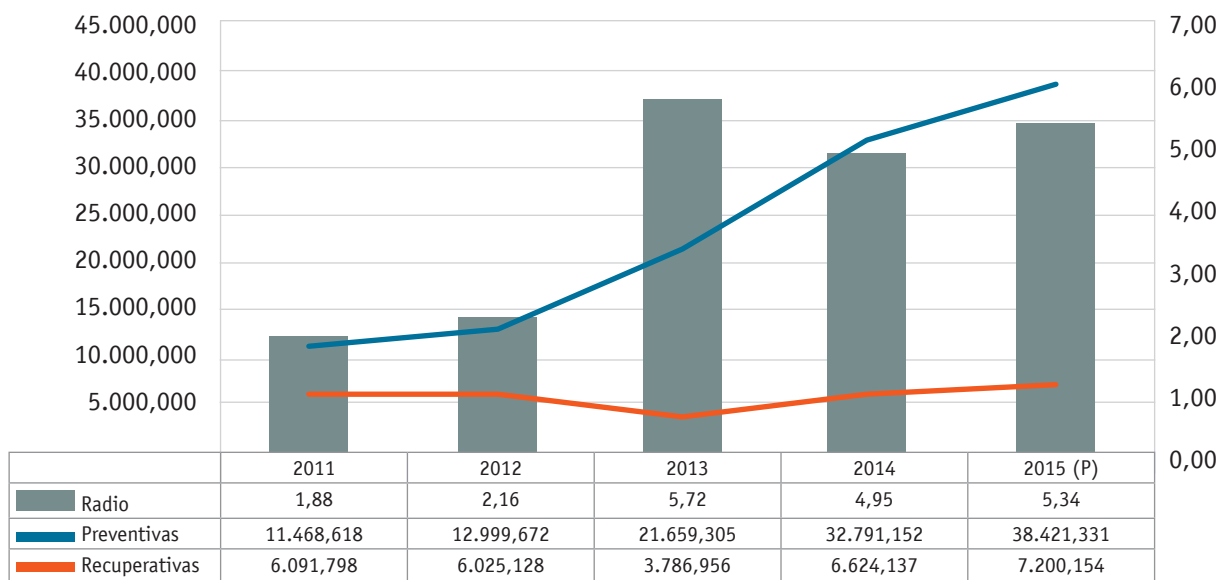
13 Además esto incentivo a una migración hacia establecimientos con mayores posibilidades de cobrar como grandes hospitales en zonas urbanas o hacia los institutos nacionales.

Cuadro 3:
Presupuesto de los Gobiernos Regionales de la Función Salud por fuente de financiamiento 2007 - 2015
Estructura porcentual

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recursos ordinarios	77,19	76,31	71,65	74,46	80,06	79,63	59,02	57,12	55,03
Recursos directamente recaudados	10,54	8,87	7,56	7,39	6,83	5,70	0,13	0,10	0,02
R. por operaciones oficiales de crédito	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00	4,15	4,87	4,46
Donaciones y transferencias	12,14	14,60	12,98	9,70	8,76	9,19	26,72	25,89	30,04
Recursos determinados	0,14	0,22	7,74	8,46	4,36	5,48	9,98	12,01	10,45
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: SIAF - MEF. Elaboración propia

Gráfico 1
Ratio Preventivas / Recuperativas 2011 - 2015(P) en el ámbito cápita



Fuente: SIS

(RDR) y la aplicación de la nueva política salarial implementada a partir del Decreto Legislativo N° 1153 que regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado, ha permitido reducir los incentivos para cobrarle a los usuarios.

La aplicación del pago “per cápita” como mecanismo de pago usado por el SIS habría influido en el comportamiento de los servicios de salud. Su uso habría incentivado la realización de actividades preventivas sobre las recuperativas, como se aprecia en el gráfico 1 el ratio ha crecido entre el 2011 y 2015 de 1.9 a 5.3.

A pesar de estos avances la Ley de Presupuesto 2016 ha puesto barreras administrativas para limitar el accionar del SIS. Elimina la facultad del SIS de transferir directamente los recursos a las ejecutoras del Sector e introduce al MEF en el proceso con procedimientos administrativos que no agregan valor al trámite¹⁴ poniendo en riesgo la oportunidad de las transferencias y al SIS como el asegurador público. Adicionalmente, restringe el uso de los recursos por parte de

¹⁴ A diferencia de los años anteriores la Ley de Presupuesto 2016 no incluye al SIS dentro de las instituciones que están exceptuadas de tener que emitir un Decreto Supremo para transferir recursos a instituciones públicas en el artículo 15° de la Ley, y le incluye procedimientos adicionales en el artículo 37° de la misma Ley.

Cuadro 4:

Presupuesto por categoría de gasto de la Función Salud 2012 - 2015 (Estructura porcentual)

	2012	2013	2014	2015
1. Programa Presupuestal	39,7	41,5	41,3	47,6
2. Acciones Centrales	13,7	15,1	17,8	15,1
3. Asignaciones Presupuestarias que No Resultan en Productos	46,5	43,4	40,9	37,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: SIAF - MEF. Elaboración propia

las ejecutoras para financiar los Contratos Administrativos de Servicios (CAS).¹⁵

Con relación a la otra innovación presupuestal, se introdujo en la Ley de Presupuesto del 2007, el Presupuesto por Resultados (PpR) que busca relacionar el diagnóstico de los problemas a enfrentar, la planificación y el presupuesto para temas prioritarios. En el 2008 se establecieron cinco Programas Estratégicos: a) Programa Articulado Nutricional; b) Salud Materno Neonatal; c) Logros de Aprendizaje al finalizar el III Ciclo; d) Acceso a servicios sociales básicos y a oportunidades de mercado; e) Acceso de la población a la Identidad. Actualmente en Salud se tienen once Programas Estratégicos. La protección del presupuesto asignado a los PpR se expresa en restricciones para la movilización dentro del presupuesto institucional de los recursos asignados, sin embargo, su ejecución y reporte sigue los procedimientos habituales, y “hay evidencias que sugieren que –a pesar del gran esfuerzo desplegado durante la etapa de planificación del PpR- en su implementación el PpR no está pagando por resultados sino por insumos.”¹⁶

El peso relativo de los PpR ha aumentado del 2012 al 2015 de 40 a 48 por ciento y la perspectiva es a que siga en aumento.

El MEF incentiva a los ministerios a pasar cada vez más actividades del presupuesto regular a los PpR dándole prioridad en la asignación de nuevos recursos que son dirigidos tanto a los ministerios como

a los gobiernos regionales. Durante la programación son el MEF y el respectivo sector los que conducen la programación de meta y presupuesto de los PpR, y durante la ejecución las modificaciones presupuestales son restringidas por la ley de presupuesto.

Recomendaciones de política

Sobre la base de lo avanzado por el Sector Salud en materia de descentralización y de la Reforma sectorial se requiere evaluar y ajustar el proceso de descentralización para que los logros se transformen en una mejor situación de salud para la población. Para ello se requiere: 1. Ampliar las intervenciones de salud incluyendo a los sectores que tienen responsabilidad sobre los determinantes de la salud (Vivienda, Educación, Transporte, etc.); 2. Hacer los arreglos institucionales necesarios para fortalecer a los actores en sus diferentes roles; 3. Adecuar el financiamiento a estos cambios y modificar la organización del servicio poniéndolo al servicio del ciudadano.

1. Alinear las políticas nacionales y regionales

La descentralización ha planteado el reto de crear mecanismos para que el MINSA ejerza su rectoría sobre los demás actores del Sector Salud y de creación de espacios de concertación entre estos actores. El funcionamiento de la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS) ha jugado un papel importante en este sentido y ha logrado avanzar más allá de lo que las normas le exigen.

15 Artículo 37.3 de la Ley N° 30372, Ley de Presupuesto 2016.

16 “Financiamiento de la salud en el Perú. Análisis de la situación política actual y desafíos de política al 2021” (Borrador). Grupo Banco Mundial, 2016, p. 80.

Objetivo: Consolidación de los mecanismos de concertación intergubernamental en salud

El funcionamiento de la CIGS y del espacio entre el MINSA y la Asamblea de Gobiernos Regionales (ANGR) han sido elementos claves para el desarrollo e implementación de políticas públicas importantes para el Sector, siendo importante la voluntad de las partes para su funcionamiento y desarrollo.

Con los Gobiernos Locales la dinámica ha sido distinta y es necesario buscar mecanismos de participación más efectivas para ellos. El proceso de descentralización en salud ha sido del Gobierno Nacional a los Gobiernos Regionales por lo que son estos últimos los que deben abrir canales y espacios de coordinación con los Gobiernos Locales, con el apoyo del Gobierno Nacional. Esto permitiría una participación más orgánica de los municipios por las responsabilidades que tienen en el cuidado de la salud y no solo como financiadores ocasionales de actividades locales.

Se recomienda:

- a. Establecer nuevos arreglos para garantizar un alineamiento de la política nacional en los espacios regionales, para ello es necesario darle el carácter “vinculante” a los acuerdos de la CIGS respecto a objetivos, medidas y plazos.
- b. Plasmar los acuerdos de la CIGS en Planes Intergubernamentales Multianuales de Salud (PIMS) que permitan hacer predecible para los actores hacia donde deben evolucionar institucional y financieramente para cumplir con los compromisos asumidos. Esto obliga a las partes a incorporar las actividades necesarias (cambios organizacionales, capacitación de su personal, presupuestar las nuevas actividades,

etc.) a sus planes operativos para cumplir con lo acordado en el PIMS.

- c. Evaluar nuevos mecanismos de participación para los gobiernos locales para lograr una mayor interacción regional-local.
- d. En el caso de Lima Metropolitana, “fortalecer al IGSS en su capacidad de conducción de los institutos, hospitales y redes de salud y en su capacidad operativa, para que esto permita la articulación en red de sus prestadores de salud, economías de escala en las compras de estas instituciones y la armonización y control de la contratación de personal, entre otras acciones.”¹⁷

2. Mejorar las condiciones de salud de la población

La mejora de la condición de salud de la población no depende exclusivamente de los servicios de salud, el acceso a servicios básicos (vivienda adecuada, agua, desagüe), practicar hábitos saludables y vivir en condiciones de aire y el agua saludables, son importantes para conservar la salud, por ello es necesario coordinar con otros sectores del estado y vigilar las condiciones del medio ambiente.

Objetivo: Posicionamiento de determinantes claves de la salud en la agenda intersectorial de las prioridades nacionales, regionales y locales

Para mantener la salud de la población dentro de cada ámbito regional y local es necesario articular las políticas de sectores importantes como los de Vivienda (agua y saneamiento¹⁸) y Educación para mejorar de manera

17 “Nota de política pública de salud, avanzando hacia el acceso universal a la salud”. p. 9.

18 Ver “Nota de Política Pública de agua y saneamiento, acceso a los servicios de agua potable y saneamiento”. (<http://dialogosperu.pe/wp/2016/03/11/agua-y-saneamiento-2/>)

Articular las políticas de sectores importantes como los de Vivienda, Educación, para mejorar de manera sostenible la salud de la población.

sostenible la salud de la población reduciendo la desnutrición, las enfermedades estomacales y otras.

Los procesos de provisión de agua, de servicios de saneamiento y de la gestión de los residuos sólidos se encuentran repartidos en varios sectores y niveles de gobierno por lo que se hace necesario construir espacios de coordinación que hagan más eficiente la inversión, la operación y el mantenimiento para lograr una adecuada prestación de estos servicios a la población.

Una alternativa que se ha abierto en el 2015 y que se puede seguir es la conformación de la CIGS Amazónica que busca atender el problema de acceso a los servicios de agua y saneamiento, el reto es darle continuidad.

Se recomienda:

- a. Aumentar las coberturas de agua y del saneamiento orientadas al cierre de las brechas de acceso de estos servicios comenzando por las zonas donde la incidencia de desnutrición o enfermedades diarreicas sea mayor.
- b. Fortalecer la gestión de residuos sólidos, es necesario que se gestionen desde el punto en que se generan (casas, terrenos baldíos, etc.), hasta que sean finalmente procesados o

depositado en rellenos sanitarios adecuados.

- c. Evaluar la creación de espacios de coordinación regional con participación del Gobierno Regional, los Gobiernos Locales y el Gobierno Nacional a través del Ministerio de Vivienda y el de Salud.

Objetivo: Fortalecer al MINSA en la prevención y control de riesgos y brotes

La población se ve expuesta permanentemente a enfermedades por transmisión de vectores, por la falta de agua segura y otros propios del entorno en que se desenvuelve. La prevención y control de las enfermedades requiere de una organización nacional que organice el proceso y que intervenga en los niveles subnacionales cuando estos se vean sobrepasados por la situación inesperada y de un nivel regional capaz de hacer regularmente las labores de prevención y control en su ámbito de intervención.

Con el fin de consolidar la Autoridad Nacional de Salud se ha impulsado el marco legal para hacer frente a las emergencias sanitarias y para intervenir ante situaciones de riesgo a la salud, fortaleciendo al MINSA en su rol auxilio y socorro a los gobiernos sub nacionales. Para ello se han aprobado en el 2013 el Decreto Legislativo N° 1156, que dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud para los casos en que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones y en el 2016 la Ley N° 30423, Ley que establece medidas para fortalecer la autoridad de salud de Nivel Nacional, con el fin de intervenir cuando la posibilidad de morbilidad, discapacidad o muerte de los ciudadanos por problemas de cumplimiento de funciones o factores exógenos se esté produciendo. En ambos casos se le permite al MINSA movilizar recursos en apoyo de los gobiernos regionales.

Se recomienda:

- a. Fortalecer al MINSA es su función de auxilio y socorro a los gobiernos regionales dotando del marco legal complementario necesario y fortaleciendo los sistemas de información.
- b. Fortalecer las funciones regulares de vigilancia epidemiológica, la prevención y control de brotes y epidemias en las regiones. Un elemento importante en las intervenciones de prevención es la oportunidad en que se realizan las actividades, por lo que su planificación y ejecución debe incluir claramente la etapa preparatoria (adquisiciones, contrataciones, etc.) y de esta manera lograr el mayor impacto.
- c. Diseñar un mecanismo de incentivos y sanciones con el objetivo de lograr que los gobiernos regionales cumplan oportunamente con las actividades planificadas como se hace con los Gobiernos Locales con el Plan de Incentivo Municipal.
- d. Implementar mecanismos efectivos de respuesta para prevenir o controlar brotes que requieran intervención del nivel nacional. Por un lado, hay factores que no son controlables como el cambio climático, la aparición de nuevas cepas o de nuevas enfermedades que generan “crisis” y, por el otro, existen situaciones de riesgo que se producen por atrasos en la intervención del Gobierno Regional, en ambos casos debe existir mecanismos claramente establecidos para la intervención oportuna y con los recursos necesarios del Gobierno Nacional en apoyo del Gobierno Regional.
- e. Transformar substancialmente el sistema de información. Es necesario que desde el MINSA se

diseñe e implemente un sistema que utilizando la tecnología moderna cuente con los controles de calidad de la información que se trasmite y ponga a disposición de los tomadores de decisión la información de manera oportuna.

- f. Implementar programas de formación para los epidemiólogos y mecanismos para su acreditación a cargo del Ministerio de Salud.

3. Incrementar el acceso y calidad de los servicios de salud

La reforma cobra sentido si cambia la relación de la población con los servicios de salud. El aumento del aseguramiento ha reducido las barreras económica pero aún hay que acercar los servicios a la población con la capacidad resolutiva requerida y brindando una atención oportuna y de calidad.

Objetivo: Implementar Redes Integradas de Atención Primaria de Salud¹⁹

Con el Decreto Legislativo 1166, que aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria en Salud (RIAPS), se inicia el proceso de reordenamiento de prestación de servicios en primer y segundo nivel con una lógica de Atención Primaria que acerque la salud al ciudadano permitiendo proporcionar: (i) acciones sobre los determinantes de la salud más importantes; (ii) promoción y atención de salud colectiva adaptada a las necesidades de la población adscrita; (iii) provisión de servicios de salud individuales de prevención, recuperación y rehabilitación de la salud incluyendo la atención de las especialidades básicas; (iv) la referencia y contra referencia

¹⁹ Ver Nota de política pública de salud, avanzando hacia el acceso universal a la salud. p. 10. (http://www.dialogosperu.pe/files/downloads/notas_salud.pdf)

La red busca reducir significativamente la fragmentación de la prestación de servicios (...). Igualmente, adscribirá las escuelas públicas a establecimientos de salud y a una red de atención integral de salud.

hacia y desde el nivel de mayor complejidad. Ello recoge el concepto a la Atención Primaria de la Salud donde la oferta se acerca al ciudadano e incorpora su participación^{20 21}.

Su implementación es clave porque “las RIAPS buscan articular territorialmente en una red a todos los prestadores de salud y a los actores clave asociados a los principales determinantes de la salud: agua y saneamiento, educación y seguridad. Asimismo, la red busca reducir significativamente la fragmentación de la prestación de servicios, integrando funcionalmente — mediante el intercambio de servicios— a los establecimientos de salud de todos los prestadores, en forma obligatoria para los prestadores públicos —MINSA, gobiernos regionales y EsSalud—, y voluntaria para el sector privado. Igualmente, adscribirá las escuelas públicas a establecimientos de salud y a una red de atención integral de salud. Por su parte, la participación de la municipalidad es fundamental para garantizar el acceso a los servicios básicos de agua, saneamiento y seguridad”.²²

20 La OMS define la APS como: como “la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país. Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad”

21 Medicus Mundi Navarra. Construir un país saludable, feliz y digno para todos y con todos. Documento de divulgación de propuestas. Septiembre 2015. (p. 2)

22 Nota de política pública de salud, avanzando hacia el acceso universal a la salud. pp. 9 - 10

La organización administrativa actual así como la presupuestal no permite a la Autoridad Sanitaria Regional conducir adecuadamente los servicios de salud de su ámbito por lo que es necesario implementar nuevos instrumentos de gestión y una organización que permita una separación clara de funciones. Tampoco permite al MINSA ejercer su participación en las funciones que comparte con el Gobierno Regional.

Por otro lado, es necesario separar las funciones de conducción político administrativas de las propias de los servicios. La experiencia señala que cuando ambas labores recaen sobre una misma persona se favorece al establecimiento “cabecera” con los recursos que deberían ser para toda la red.

Se recomienda:

- a. En materia de conformación de redes:
 1. Conformar progresivamente las Redes Integradas de Atención de Salud (RIAPS) en las regiones implementando el modelo de atención de salud basada en medicina familiar y comunitaria en el primer y segundo nivel. Asegurar la disponibilidad del financiamiento requerido para las 74 RIASPS que se formarían en el periodo 2016 - 2021.
 2. Incentivar a los Gobiernos Regionales a conformar Redes Integradas con el financiamiento para la puesta en marcha y la operación de esas redes.
 3. Articular los diversos prestadores mediante intercambio o compra-venta de servicios en los espacios donde exista más de un prestador.
 4. Articular los establecimientos de salud con las escuelas para

fortalecer el trabajo preventivo promocional con los docentes y los estudiantes.

5. Avanzar progresivamente hacia la universalización del primer nivel, para ello es necesario ampliarlo en número de establecimientos y fortalecerlos en su capacidad resolutive.

b. En materia de gestión de Redes:

1. La conformación de unidades de gestión de la red, llamadas Unidades de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS), que conduzcan las RIAPS.
2. La conformación de “Directorios” regionales que conduzcan la redes de salud de la región con participación, entre otros, de la DIRESA/GERESA, el MINSA y los usuarios, con el fin de darle una mayor gobernanza a la gestión regional. Entre otras funciones el Directorio debe seleccionar y evaluar a los directores de las Unidades de Gestión de IPRESS (UGIPRESS), y dar opinión favorable a los planes y presupuesto de las redes integradas.
3. Lograr que los recursos, inclusive el personal, sea para la provisión de servicios de la red y no solo de un establecimiento. Para ello, las Unidades Ejecutoras deben estar asociadas una a una con las Redes.

4. Garantizar los recursos clave y mejorar la eficiencia en su uso

Siendo necesaria la ampliación de la oferta pública se requiere que ésta crezca de manera ordenada y eficiente y que los recursos financieros incentiven la oportunidad y calidad de la prestación

priorizando las actividades de prevención y promoción de la salud. Existe consenso que la red de atención pública es una los activos más importantes que tiene el Sector porque llega a lugares donde otros subsectores, a pesar de tener asegurados, no lo hacen. En esta perspectiva es necesario que el financiamiento incentive el cumplimiento de las políticas sectoriales y alinee la inversión de la nueva infraestructura en la línea de las redes integradas de salud mencionadas en el punto 3.

Objetivo: Fortalecer los mecanismos de asignación y seguimiento para incentivar el cumplimiento de las políticas públicas en salud haciendo su uso más eficiente

En los últimos años se ha incrementado de manera sustancial el financiamiento dirigido al sector pero este llega por diferentes vías lo que limita su adecuada gestión. No basta con aumentar los recursos, estos deben organizarse para incentivar la aplicación de las políticas que el sector se propone. A lo largo de estos años han convivido las transferencias del SIS y el PpR, inclusive parte del PpR que reciben los prestadores públicos se transfiere a través del SIS. Sin embargo, “tienen una lógica diferente de financiamiento, lo cual conllevan mecanismos diferentes de planificación y ejecución de los recursos. En este estudio, en esta nota evidenciamos la falta de complementariedad entre los dos sistemas en términos de los factores de producción que financian, así como los retos de ejecución y altos costos de transacción que genera la co-existencia de estos sistemas.”²³

Los recursos del SIS no solo han reducido la proporción de los recursos provenientes del cobro directo a los usuarios impactando favorablemente en la reducción del

²³ “Financiamiento de la salud en el Perú. Análisis de la situación política actual y desafíos de política al 2021” (Borrador). Grupo Banco Mundial, 2016, p. 80.

gasto de los hogares y reduciendo la barrera económica para acceder a los servicios, sino también incentivando a la realización de actividades de prevención. Sin embargo, la modalidad que el SIS llama capitado no utiliza el costo medio de prestar servicios ni la cantidad de asegurados para asignar sus recursos²⁴ por lo que su mecanismo debe ser mejorado.

A pesar de los avances logrados con el SIS, la Ley N° 30372, Ley de Presupuesto 2016, no incluye al SIS en el artículo 15° que exceptúa a algunas instituciones de usar Decreto Supremo para transferir recursos a otras instituciones públicas y le obliga a procedimientos administrativos adicionales para las transferencias que no generan ningún valor agregado (artículos 37.1 y 37.2). Adicionalmente restringen, a partir del segundo trimestre, el uso de los recursos del SIS para la contratación de CAS.

Se recomienda:

a. En el corto plazo:

1. Eliminar las restricciones impuestas en la ley de presupuesto 2016: a) Devolver al SIS la capacidad de transferir recursos a las regiones con Resolución Jefatural incorporándolo dentro de las excepciones del artículo 15° de la Ley de Presupuesto 2016; y b) Derogar el artículo 37.3 de la Ley N° 30372, Ley de Presupuesto 2016, que dispone que “los recursos transferidos por el SIS no financian contratos bajo el Régimen Laboral Especial del Decreto Legislativo 1057”.

b. En el mediano plazo:

1. Aumentar la proporción de los recursos de la Función Salud que son mancomunados por el SIS, particularmente los recursos para bienes y servicios; para ello se debe tender a que la mayor parte de los recursos financieros sea asignados por el SIS utilizando los convenios que ya están implementados y aprovechar su capacidad de incidir en el comportamiento de los servicios y de evaluar la producción de las atenciones.
2. Perfeccionar los mecanismos de pago utilizados por el SIS como el pago capitado del SIS y alinear los mecanismos que tiene el SIS con la conformación de RIAPS, además de desarrollar mecanismos específicos para los hospitales como los pagos por Grupos Relacionados de Diagnóstico. Asimismo, se debe fortalecer los mecanismos de supervisión y control/auditoría a nivel de redes.
3. Evaluar la posibilidad que el SIS “compre” servicios a los establecimientos a cargo de los gobiernos regionales y del IGSS en reemplazo de las actuales transferencias, dando mayor flexibilidad a la gestión de estos establecimientos.

Objetivo: Consolidación del Planeamiento Intergubernamental de Inversiones

Desde el 2012 el MINSA y el MEF han venido modificando las reglas del SNIP para mejorar la formulación y alinear los proyectos de inversión de los Establecimientos Estratégicos a las políticas sectoriales. Además, en el 2013 se aprobó el Decreto Legislativo 1157, que aprueba la modernización

²⁴ Ver “Financiamiento de la salud en el Perú. Análisis de la situación política actual y desafíos de política al 2021” (Borrador). Grupo Banco Mundial, 2016, p. 80.

de la gestión de la inversión en salud, estableciendo los espacios de concertación para la aprobación de los Planes Multianuales de Inversión²⁵ de los establecimientos, hospitales e institutos en la Comisión Multisectorial de Inversión en Salud (CMIS) y para los establecimientos de menor complejidad en los Comités Regionales Intergubernamentales de Inversiones en Salud (CRIIS) que actualmente ya existen en todas las regiones.

Estos avances no se han producido en lo que respecta al mantenimiento de infraestructura y al mantenimiento y reposición del equipamiento. Si bien hoy todas las regiones cuentan con sus planes para las transferencias que anualmente se realizan desde el MINSA, muchas veces son más un listado desconectado de un plan más amplio de sostenimiento del servicio. Además, estos planes no evalúan mecanismos alternativos para garantizar contar con el equipamiento en buenas condiciones de manera continua como puede ser el leasing.

Se recomienda:

- a. Consolidar los cambios introducidos en las normas del Sistema Nacional de Inversión Pública acordados entre el MINSA y el MEF para la inversión en salud y su priorización.
- b. Fortalecer las Comisiones Regionales de Inversiones en Salud dándole mayor continuidad en su accionar y respetando los acuerdos que esta instancia tome.
- c. Establecer mecanismos de planificación y financiamiento para mejorar el mantenimiento de la infraestructura, y el mantenimiento y reposición del equipamiento.

²⁵ La RM 889-2014/MINSA busca estandarizar la formulación de los planes multianuales que se elaboran en el marco del Sistema Nacional de Inversión Pública. A la fecha 9 regiones han formulado sus PMI y las demás están en el proceso.

Fortalecer las Comisiones Regionales de Inversiones en Salud dándole mayor continuidad en su accionar y respetando los acuerdos que esta instancia tome.

- d. Evaluar la posibilidad de utilizar mecanismos alternativos para el equipamiento de los nuevos hospitales como el del leasing.

5. Fortalecer la capacidad institucional de salud en las regiones

Implementar la reforma sectorial, requiere una autoridad sanitaria regional más fuerte, que tenga nuevas habilidades para las nuevas funciones que se están asumiendo. Por otro lado, el Ministerio de Salud precisa fortalecer su función rectora y asumir un rol más activo en las funciones que comparte con los gobiernos regionales.

Objetivo: Fortalecer las DIRESA/GERESA

Las actuales autoridades sanitarias de la región están organizadas en Direcciones Regionales de Salud o en Gerencias Regionales de Salud y se encuentran restringidas en su rol conductor porque dentro de la organización presupuestal tienen el mismo rango de los hospitales y redes que también son ejecutoras. En ese contexto la autoridad sanitaria no tiene injerencia porque esa facultad solo la tiene el Gobierno Regional como Pliego. Este desencuentro entre la organización administrativa y la presupuestal también limita la capacidad de conducir la planificación y la evaluación de planes, en tanto estos, están ligados a la unidad ejecutora y no al sector.

Se recomienda:

- a. Evaluar la incorporación de mecanismos de participación del MINSA en la selección y evaluación de los Directores Regionales en tanto existen funciones compartidas entre el MINSA y los Gobiernos Regionales.
- b. Evaluar en cada región la necesidad de reorganizar las DIRESA/GERESA y conformar las áreas necesarias para aprovechar economías de escala, por ejemplo para la gestión de SAMU, Laboratorio, MasSalud, red de farmacias. En la perspectiva de una reorganización de los servicios de salud y hacer más eficiente los servicios es necesario replantear la organización en función de balancear las ventajas de la economía de escala o de la versatilidad de los aparatos locales pequeños.
- c. Dotar de equipos de Gerentes Públicos. La nueva organización requerirá de un funcionariado con nuevas capacidades para la gestión de la conducción y para la gestión de los servicios.
- d. Implementar de un plan de desarrollo de capacidades específico para cada región teniendo en cuenta la diversidad de estas alineado con el Plan Intergubernamental Multianual de Salud para generar en el personal las nuevas habilidades requeridas.
- e. Acelerar la incorporación al régimen SERVIR y mejorar las condiciones laborales de su personal. Si bien se ha mejorado la situación remunerativa de los profesionales de la salud, la posibilidad de mejorar la situación del personal de la administración pasa por incorporarse al régimen SERVIR.

Relación de participantes

- Gonzalo Alcalde Vargas
- Fernando Carbone*
- Edgardo Cruzado,
- Midori de Habich*
- José del Carmen*
- Paulina Giusti Hundskopf*
- Huber Mallma**
- Willy Lora**
- Alfredo Sobrevilla
- Oscar Ugarte*
- Alberto Valenzuela
- Carmen Cabrera
- Olivier Gregoire,
- Jorge Núñez**
- Jorge Valiente,
- Ada Pastor,
- Nepalí Santillán**
- Arturo Granados
- Edgardo Nepo
- Johnny Zasfriz.

Coordinadores temáticos:

Midori de Habich
Augusto Portocarrero

* Ex altos funcionarios de Estado

** Ex funcionarios regionales

