

Historia y Lecciones del  
Programa de Administración Compartida y las CLAS\* en el Perú:  
Oportunidad y Empoderamiento para la Equidad en Salud

por

Laura C Altobelli

**Future Generations / Perú**

[peru@future.org](mailto:peru@future.org)

\* Comunidades Locales de Administración de Salud

Este documento es una reimpresión de la publicación:

Altobelli L . (2010) Case study of the shared administration Programme and local health administration associations in Peru. In: Sommerfeld J et al., eds. *Social determinants approaches in public health: real world case studies*. Geneva: World Health Organization, forthcoming ([http://www.who.int/social\\_determinants/resources/pphc\\_cs\\_peru.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/pphc_cs_peru.pdf))

Esta publicación fue preparada como parte de:

Estudios de Caso de Programas sobre  
Determinantes Sociales de la Salud y Equidad

Organizado por

Condiciones Prioritarias de Salud Pública – Red de Conocimientos (PPHC-KN) de la  
Organización Mundial de la Salud  
Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud

Con el apoyo de la

Alianza para Investigación en los Sistemas y la Política de Salud  
Organización Mundial de la Salud  
1211 Geneva 27  
Switzerland

## ABSTRACTO

Las Comunidades Locales para la Administración de Salud (CLAS) en Perú son asociaciones civiles sin fines de lucro que entran en acuerdos con el gobierno y reciben fondos públicos para administrar los servicios de salud en el primer nivel de atención, aplicando leyes del sector privado para la gestión de gastos y contratos. CLAS es un ejemplo de una estrategia del gobierno para efectuar cambios en determinantes sociales de salud, refiriéndose a las barreras sociales, culturales y económicas al nivel local que obstruyen el acceso a estos servicios. Estrategias de “abajo para arriba” como el empoderamiento y la participación de la comunidad se han vuelto paradigmas importantes en la salud pública y esfuerzos de desarrollo en sobrepasar barreras locales. La participación de los ciudadanos es esencial para el empoderamiento de la población y ahora hay evidencia tangible que demuestra su efecto en resultados positivos de servicios de salud y la reducción de inequidad en salud. Primero a través del Decreto Supremo y ahora con el respaldo de la nueva ley nacional de CLAS, el gobierno peruano provee las facilidades para una administración de fondos más flexible con la participación de ciudadanos que controlan la administración de los servicios de salud en el primer nivel de atención de manera transparente, y facilita la planificación del desarrollo de toda la comunidad, mejoras en prácticas saludables en el ámbito doméstico y el estilo de vida de todos los integrantes de la comunidad. En suma de todo lo mencionado, se logra el desarrollo de la agencia y empoderamiento sostenible de la comunidad que se ha evidenciado efectivo, eficiente, equitativo y superior en cobertura comparado a los servicios de salud en el primer nivel de atención administrada a través del modelo tradicional del Ministerio de Salud. “El programa peruano de CLAS...es una de las mejores demostraciones en el mundo de la rápida expansión con descentralización del modelo Alma Ata de Atención Primaria de Salud en base a la comunidad.” (H. Mahler et al. 2001).

## CONTENIDOS

*Abstracto*

*Contenidos*

*Acronimos*

1.	Antecedentes	1
1.1	CLAS en referencia a determinantes sociales de la salud	
1.2	La operación de las CLAS	
1.3	Objetivos de Administración Compartida y CLAS	
1.4	Distribución geográfica de CLAS en el primer nivel de atención del Ministerio de Salud	
1.5	Evidencia del impacto de CLAS en el sistema de salud y en la salud de la población	
2.	Método de Estudio	6
3.	Hallazgos	7
3.1	Mecanismos a través de los cuales CLAS mejora la equidad de acceso, la calidad de servicios, y el capital social	
3.2	Procesos políticos claves para establecer y expandir los CLAS	
4.	Discusión	15
4.1	Aumentando escala	
4.2	Gestión de cambios en política	
4.3	Ajustes del diseño	
4.4	Garantizando la sostenibilidad	
5.	Conclusiones	20
5.1.	Resumen de los Resultados Referentes a CLAS	
5.2.	Lecciones en Salud Pública de la Experiencia de CLAS	
6.	Reconocimientos	21
7.	Referencias Bibliográficas	24
8.	Graficos 1-7	28

## ACRONIMOS

ACS	Agentes comunitarios de salud
BID	Banco Interamericano del Desarrollo
CLAS	Comunidad Local de Administración de Salud
DHS	Demographic and Health Survey
DISA	Dirección de Salud
DIRESA	Dirección Regional de Salud
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
FONCODES	Fondo de Compensación para el Desarrollo Social
GOP	Government of Peru
IBRD	International Bank for Reconstruction and Development (Banco Mundial)
MINSA	Ministerio de Salud del Perú
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no-gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAC	Programa de Administración Compartida
PARSalud	Proyecto de Apoyo a la Reforma de Salud
PHC	Primary health care
PRORESEP	Programa de Revitalización de Servicios Periféricos
PSBPT	Programa de Salud Básica para Todos
PSL	Plan de Salud Local
PSNB	Programa de Salud y Nutrición Básica
RM	Resolución Ministerial
SEG	Seguro Escolar Gratuito
SIS	Seguro Integral de Salud
SMI	Seguro Materno-Infantil
SUTEP	Sindicato Único de Trabajadores de Educación del Perú

## 1 ANTECEDENTES

El Perú ha tenido éxito en reducir los niveles de mortalidad infantil a par con el promedio Latino Americano. Sin embargo, niveles de mortalidad materna y la desnutrición crónica de niños son excesivamente altos, y la falta de equidad en acceso y calidad se mantienen asociados a la ancha brecha en ingresos. El país tiene uno de los niveles más bajos de gasto en salud per cápita, \$100, comparado al promedio de \$262 en Latino América y la distribución de gasto en salud es geográficamente polarizado (Alvarado y Mrazek 2006).

El sistema de salud peruano hace uso de una variedad de proveedores. El Instituto de Seguridad Social (EsSalud) provee seguro de salud obligatorio al trabajador automáticamente deducido del salario que sirve a 20% de la población con empleo formal. La Fuerzas Armadas tiene su propio sistema de apoyo a las familias militares que comprenden 3% de la población. El 12% más adinerado usa servicios privados incluyendo seguro de salud privado. El 65% más pobre se atiende con el Sistema de Atención de Salud Primario del Ministerio de Salud (MS). De este grupo el 45% tiene acceso a los servicios mientras que el otro 20% queda excluido debido a barreras geográficas, sociales, culturales y económicas. Este estudio se refiere al 65% de la población atendida por el Ministerio de Salud, enfocándose en el nivel de Atención Primaria de Salud donde el 80% de todas las necesidades de salud se pueden atender.

El Perú es uno de pocos países en el mundo que tiene un programa de salud gubernamental legalizado, regulado e institucionalizado para la participación comunitaria. El Programa de Administración Compartida (PAC) que fue formalizada en abril de 1994 en el Decreto Supremo 01-94-SA promulga la responsabilidad y poder en la administración de recursos públicos que comprenden el 31% del Sistema de Atención Primaria del MS. A pesar de que la participación comunitaria se ha establecido como una estrategia básica para el primer nivel de atención, la legalización de este concepto en el PAC es un fenómeno raro en la región Latino Americana y en el mundo entero. La participación se basa en leyes y regulación específicas y un contrato firmado entre la organización comunitaria sin fines de lucro (Asociación CLAS) y la Dirección Regional de Salud. Este contrato público-privado se basa en un Plan de Salud Local (PSL): obligatoriamente CLAS supervisa la administración y finalización del PSL mientras que el Ministerio se responsabiliza por el financiamiento e implementación.

Este programa de cogestión para el primer nivel de atención del MINSA fue iniciado en 1994 en el ascenso de una década marcada por el terrorismo, hiperinflación, y el colapso de sector de salud. En el discurso político de gobernabilidad incursionaban temas de descentralización pero sin estrategias claras. La mayoría de comunidades peruanas tienen tradiciones fuertes de organización interna aunque su relación con el gobierno ha variado entre dependencia, independencia y falta de confianza. En los años precedentes a la Declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria de Salud del año 1978, los primeros proyectos promoviendo atención primaria de la salud se asemejaban más a manipulación comunitaria que participación equitativa. Los servicios de salud del primer nivel de atención eran dominados

por médicos, el gobierno y políticas del sector de salud. Los Sindicatos, en especial, fueron una fuerza de resistencia al desarrollo de CLAS desde sus inicios.

## 1.1 CLAS EN REFERENCIA A DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

Este estudio describe como CLAS es un ejemplo de estrategias gubernamentales que afectan determinantes sociales de salud a través de la gestión de servicios de salud en el primer nivel de atención. Los determinantes sociales de salud se refieren a las variables que trascienden el sector de salud pero influyen en el estado de salud pública, como las condiciones económicas y sociales que afectan el estilo de vida de la personas y por lo tanto su salud. Otros aspectos de los determinantes sociales de salud incluyen las barreras sociales, culturales, y económicas que impiden el acceso de uno a servicios de salud. La estrategia de participación comunitaria que transmite poder a los mismos clientes de los servicios, se ha convertido en el nuevo paradigma y vocabulario de esfuerzos en salud pública y desarrollo humano.

En la literatura sobre el desarrollo humano, hay un consenso que la participación ciudadana es un método esencial para empoderar a las comunidades ya que las experiencias con los programas de desarrollo brindan evidencia a la capacidad de individuos en evaluar su situación y crear soluciones. Al trabajar con capacidades de liderazgo y auto-desarrollo, uno encuentra soluciones creativas e innovadoras que son específicas a las necesidades de cada comunidad ya que estas se definen dentro de una composición única de variables como el contexto social, económico e histórico. La estrategia de participación ciudadana hace mejor uso de los recursos disponibles y empodera soluciones que se mantienen al largo plazo (Taylor-Ide y Taylor, 2002).

A través de experiencias en el campo se ha encontrado evidencia que sustenta el éxito de estrategias de empoderamiento en producir mejoras en la calidad de salud y su distribución equitativa (Wallerstein, 2006). El Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, las Naciones Unidas, y otras agencias bilaterales han adoptado los conceptos de participación social y empoderamiento como la base de sus proyectos. Incluso, el Banco Mundial considera que dos atributos del empoderamiento: la *agencia*<sup>1</sup> de comunidades marginadas en ejercer sus propias decisiones y la estructura de libre *oportunidad* creada por el marco de programas gubernamentales, facilitan acciones efectivas y duraderas (Banco Mundial, 2001). En estos términos, CLAS facilita una estructura de oportunidad para el desarrollo a través de la formalización de participación social en la administración de servicios de salud.

El componente de participación social en CLAS le otorga las funciones de supervisión de servicios de salud, planeamiento estratégico y gestión de desarrollo comunitario y la promoción de un estilo de vida saludable para todos los miembros de la comunidad y, a la vez, estas funciones fortalecen el desarrollo de agencia y empoderamiento. Cabe decir que el éxito de las funciones de CLAS se basa en el apoyo del sector público que crea un marco para estas oportunidades al desarrollar las capacidades de los miembros más pobres de la comunidad y de las mujeres (Sen, 2000).

---

<sup>1</sup> Agencia – definido como la sensación y convicción de poder hacer algo.

Las Asociaciones CLAS en Perú atribuyen autoridad legal en la administración de fondos públicos a miembros de la comunidad para organizar y gestionar los servicios de salud primario. A seguir se evidenciara las ventajas de trabajar con la estructura de CLAS para proveer servicios eficientemente, de mejor calidad, con mayor equidad y mayor impacto en la salud a comparación del sistema tradicional de administración del primer nivel de atención de la salud que todavía opera en el 70% del sistema del Ministerio de Salud.

## 1.2. LA OPERACION DE LAS CLAS

De 1994 hasta el 2008, cuando las nuevas regulaciones surtieron efecto, cada Asociación CLAS se formaba de seis miembros elegidos de la comunidad, organizada como asociación civil sin fines de lucro bajo el Código Civil Peruano. Los candidatos eran nominados por otros miembros de la comunidad y un proceso democrático tomaba lugar para cada miembro en la Asamblea General con presencia de representantes de la Municipalidad y la Dirección Regional de Salud (DIRESA). Los seis miembros electos tienen un plazo de dos años y entre ellos eligen tres miembros para formar la Dirección de presidente, secretario, y tesorero con plazo de un año. El jefe médico de cada establecimiento de salud es nombrado Gerente de CLAS.

La relación entre CLAS y el gobierno se establece a través de la DIRESA con el contrato formalizado del Programa de Administración Compartida donde ambos lados deben cumplir con sus responsabilidades designadas. Un plan operativo, llamado el Programa de Salud Local (PSL), es instrumento clave para la cogestión de prioridades comunitarias más allá de simples servicios clínicos.

Los servicios de salud de CLAS dependen de fondos públicos gubernamentales como: (1) transferencias directas en efectivo del tesoro público, (2) efectivo reembolsado del Seguro Integral de Salud (SIS) para los pobres, (3) recibo de medicamentos y suministros comprados al por mayor por la DIRESA. En contraste a los servicios de salud “no-CLAS”, las tarifas cobradas a los pacientes para servicios de salud que no se incluyen en el seguro son ingresos administrados por CLAS y las transferencias del tesoro público y los reembolsos del SIS ingresan directamente a una cuenta bancaria privada que ellos manejan. Todos los fondos son propiedad pública pero la administración de su uso es compartida entre CLAS y la DIRESA con reportes financieros mensuales a la DIRESA. El gasto de fondos públicos para adquisiciones e proyectos de infraestructura es más rápido y simple en el sistema de CLAS. Los CLAS no tienen la obligación de adherirse a las reglas de administración pública de fondos que se crearon para evitar el abuso de fondos públicos pero en realidad dificultan la capacidad de ejecutar gastos necesarios en forma oportuna además de tener que devolver el presupuesto de fondos al gobierno central al cabo de cada año fiscal. El éxito de CLAS, en cambio, se debe a su agilidad en la administración de fondos para asignarlos de manera más eficiente según prioridad y las necesidades que la misma comunidad puede identificar para mejorar los servicios de salud. Por ejemplo, CLAS puede comprar equipos de laboratorio o contratar a terceros para el trabajo de laboratorio, renovar el establecimiento, contratar a más personal, comprar equipos de seguridad y contratar personal de seguridad para prevenir robos, y demás mejoras hacia la calidad de atención que, a la vez, incrementa la demanda por



estos servicios. Hasta el momento no hay problemas de abuso de fondos con CLAS porque el control social de la comunidad que es parte de este sistema que promueve la transparencia.

CLAS, y la población general empoderada por transparencia en la rendición de cuentas de los servicios de salud, ejercen control social sobre el personal de salud que los atiende. CLAS tiene derecho a contratar y despedir personal según el contrato de empleo privado. En cambio, personal *nombrado* tiene un régimen laboral que asegura estabilidad, seis-horas de trabajo diario, un mes de vacaciones, seguro de salud, y una pensión. El hecho de que no son sujetos a un control de desempeño más todos los beneficios mencionados, protege al personal nombrado sin tener incentivo de mayor productividad—varios de ellos se rehúsan trabajar en comunidades rurales o pobres que encuentran desagradables (Webb y Valencia, 2006). La nueva ley de CLAS firmada en el 2007 incluye una cláusula que corrige este problema.

### 1.3. OBJETIVOS DE LA ADMINISTRACION COMPARTIDA Y CLAS

Los objetivos de CLAS se están cumpliendo gracias a la estructura legal que lo respalda y el interés de comunidades empoderadas. Estos objetivos son: contribuir a la modernización de la administración de salud pública al incorporar ley privada en la administración de recursos del estado; descentralizar al designar recursos del estado directamente al lugar donde se ejecuta el proyecto presupuestado; involucrar a miembros electos de la comunidad en la gestión y control social de fondos públicos, en los contratos de personal de salud, en la construcción y mantenimiento de infraestructura, y en la compra de equipos, medicinas y suministros; mejorar la cantidad y calidad de servicios de salud a través del Plan Local de Salud basada en decisiones de la comunidad; mejorar equidad al establecer una escala de tarifas para los pacientes e identificar miembros marginados de la comunidad que necesiten de exoneración o mayores esfuerzos para mejorar su acceso al servicio; promover inversión pública y privada en el servicio de salud pública al expandir posibles fuentes de financiamiento.

### 1.4 LA DISTRIBUCION DE CLAS EN ESTABLECIMIENTO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD

De 6,871 establecimientos del primer nivel de atención del MINSA, el 31% (2,133) son administrados por 783 Asociaciones CLAS. Los CLAS individuales administran un establecimiento mientras que CLAS “Agregado” tiene la capacidad de administrar dos o más establecimientos de salud. El sistema de Atención Primaria de Salud cuanta con cinco niveles de categorización: Nivel I-3 y I-4 son centros de salud (más de un medico, personal completo, sin camas hospitalarias excepto para servicios de maternidad), Nivel I-2 son puestos de salud (un medico y poco personal), Nivel I-1 y I-0 también son puestos de salud pero sin medico. El Gráfico 1 ilustra la distribución de establecimientos de salud CLAS y “no-CLAS” por área rural/urbana y nivel de categorización en el 2006. CLAS comprenden el 42% al 52% de centros de salud grandes en áreas tanto rurales como urbanas y el 43% de puestos de salud grandes. Entre los puestos de salud en áreas rurales y urbanas CLAS administra tan solo el 26% al 27%, respectivamente. El 33% de los puestos de salud grandes (Nivel I-2) en áreas urbanas son administrados por CLAS. Cuando el programa se inicio en

1994, CLAS usualmente se aplicaba en puestos de salud pequeños de un medico. Estos puestos se han podido desarrollar con el tiempo en establecimientos muchos más grandes que cuentan con mayor personal, mejor infraestructura y equipos, y mayor demanda por sus servicios que otros puesto no-CLAS.

## 1.5 EVIDENCIA DEL IMPACTO DE CLAS EN EL SISTEMA DE SALUD Y EN LA SALUD DE LA POBLACION

Varios estudios que comparan establecimientos de salud CLAS con no-CLAS demuestran que CLAS tiene impactos positivos en indicadores de equidad, calidad y cobertura de atención de salud (Altobelli, 1998a, 1998b; Altobelli and Pancorvo, 2000; Altobelli and Sovero, 2004; Cortez 1998; Vicuña et al, 2000).

### *a. Impacto en equidad*

Los establecimientos de salud primaria administrados por CLAS demuestran evidencia de que el programa es más efectivo en proveer servicios a los pobres de manera equitativa. Uno de los estudios se baso en datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida en 1997. Como se puede observar de Gráfico 2, CLAS permite la exoneración completa o parcial de tarifas por servicios en cada uno de los tres quintiles de ingreso en áreas rurales. Estos datos fueron tomados al inicio de la implementación del programa de seguro de salud escolar y antes el programa de seguro de salud materno-infantil, por lo tanto ninguno de los programas de seguro pudo afectar los resultados de la encuesta.

### *b. Impacto en eficiencia*

Los Gráficos 3 y 4 demuestran de CLAS es más eficiente que servicios de salud primaria no-CLAS por el numero de de médicos en el establecimiento y la productividad de atención al paciente. El Grafico 3 ilustra el mean number de médicos trabajando en establecimientos CLAS y no-CLAS, tanto centros de salud como puestos de salud en áreas urbanas o rurales. Entre los puestos de salud, los CLAS rurales tienen el doble de médicos que no-CLAS rural (.41 vs .16); en áreas urbanas el número de médicos es similar entre CLAS (.63) y no-CLAS (.74). Sin embargo, centros de salud urbanos no-CLAS tienen en promedio más doctores (3.62) que no-CLAS rural (2.8) o CLAS rural/urbano (2.63 y 2.40, respectivamente).

El Grafico 4 ilustra la cobertura de servicios de salud para niños basado en datos de reembolsos de SIS tomados de los registros de los 675 establecimientos de salud, 200 CLAS y 475 no-CLAS en tres de 24 regiones del Perú—Cusco, Huánuco, y La Libertad. Los muestran que el numero de vistas por niño en el Plan A (0-4 años) en relación al número total de niños de 0-4 años de edad viviendo en las jurisdicción de cada establecimiento de salud tanto CLAS como no-CLAS y rural o urbano. CLAS en áreas rurales y urbanas tienen el doble o poco menos del doble del número promedio de visitas por niño comparado a no-CLAS.

c. *Impacto en la demanda de servicios de salud*

Evidencia de uso diferencial entre servicios de salud para niños en establecimientos CLAS en comparación a no-CLAS fue evaluado en base a datos de la Encuesta Nacional Demográfica de Salud del 2000. Como se puede apreciar en el Grafico 5, hay tres variables del uso de servicios de salud por niños entre las poblaciones que viven en jurisdicciones de CLAS y no-CLAS. Este grafico demuestra que CLAS tiene influencia positiva en variables de acceso y utilización para niños y respalda los datos expuestos en el Grafico 4.

d. *Impacto en la desnutrición crónica de niños*

Dada que la educación de la madre es un indicador de referencia para niveles socioeconómicos, los datos Demográficos y de Salud Pública de Perú muestran que poblaciones de CLAS en áreas rurales eran más pobres que poblaciones no-CLAS (Altobelli, 2006). Más aun, la educación de la madre y el nivel socio-económico definido por los gastos domésticos son los indicadores más relevantes para predecir el estado de desnutrición crónica en niños (Mercer, 1988). Esto se ilustra en el Gráfico 6. Para eliminar la influencia de la variable de distribución socio-económica, los datos de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años fueron contrastados con categorías de educación de la madre. Los resultados del Grafico 6 muestran que, entre los niños de madres que tuvieron educación primaria, el 40.8% sufría de desnutrición crónica en sectores de CLAS y el 44% de ellos en sectores no-CLAS. Esta diferencia es significativa. La población a este nivel educativo es más propenso a usar los servicios de Ministerio, tomando en cuenta que este no es el estrato de madres más pobres quien son excluidas de servicios de salud (categoría “Sin educación alguna”) o el estrato más educado que busca servicios de salud de otras fuentes fuera del Ministerio. Esta diferencia no se puede explicar con niveles de educación más altos de madres en grupos de CLAS.

## 2 METODO DE ESTUDIO

Este estudio se enfoca en el proceso de implementación en el cual hay cinco tipos de procesos involucrados de interés: (1) umentando escala – las dificultades en convertir un pequeño proyecto piloto en un programa masivo de intervención; (2) gestión de cambios en política – en lo que se refiere a la gestión de políticas que benefician a los pobres y vulnerables, la influencia del ambiente político, el rol de individuos como campeones de política, conllevar y administrar puntos de vista del oponente; (3) administrando procesos intersectoriales – que incluyen las dificultades en coordinación con otros sectores; (4) ajustes de diseño – ajustes al programa original durante su implementación como la secuencia de elementos del programa y la influencia de agentes con intereses invertido en el diseño y/o programa; (5) asegurando sostenibilidad – en lo que se refiere a asegurar respaldo financiero para el programa y la promoción de sostenibilidad al nivel institucional.

La recopilación de datos para este estudio combina varios métodos de recopilación. Datos cualitativos fueron recopilados a través de entrevistas semi-estructuradas con una serie de agentes involucrados donde se observaron sus opiniones actual y retrospectivas, están listados

por nombre y título en los Agradecimientos. Si el entrevistado lo permitía las entrevistas fueron grabadas y transcritas.

Aun más datos cualitativos fueron grabados en entrevistas semi-formales con los miembros de 18 Asociaciones CLAS con el objetivo de determinar los procesos de su influencia en la equidad y los determinantes sociales de salud. Tres regiones fueron seleccionadas para las entrevistas en base a su distribución geográfica (costa, sierra, selva) y el nivel de apoyo de la DIRESA regional para CLAS (bajo, medio, alto). Para cada región tres CLAS “buenos” y tres CLAS “malos” fueron seleccionadas en base a los criterios de clasificación del Ministerio de Salud. La selección aleatoria de CLAS fue atenuada por la necesidad de facilitar el acceso geográfico a la ubicación.

Los documentos utilizados para este estudio incluyen documentos legislativos (decretos de ley, decretos supremos, regulaciones, directivos administrativos, etc.) relacionados a (i) el Programa de Administración Compartida, (ii) la cogestión y participación comunitaria en salud, y (iii) la descentralización; y por lo menos diez documentos y evaluaciones tanto publicados como sin publicar sobre el Programa de Administración Compartida, incluyendo análisis cuantitativo del rendimiento de establecimientos CLAS y no-CLAS del primer nivel de atención.

### 3 RESULTADOS

Las presentaciones de los datos del estudio de CLAS responden dos preguntas importantes: primero, cuál es la contribución de los mecanismos de CLAS en mejorar el acceso a los servicios de salud al promover equidad y calidad y, segundo, cuáles son los procesos políticos involucrados en la formación de una política gubernamental de CLAS.

#### 3.1 MECANISMOS PARA MEJORAR LA EQUIDAD DE ACCESO A SERVICIOS, LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y LA CAPITAL SOCIAL

##### *a. El rol de CLAS para mejorar la equidad de acceso a servicios de salud*

**Tarifas de servicio:** La mayoría de los CLAS entrevistados para este estudio declararon tener una escala graduada de tarifas para mejorar el acceso de servicios a los pobres. Cuando tarifas diferenciales no son posibles, se considera que el SIS es responsable de asegurar la cobertura de los pobres. Los miembros de CLAS entrevistados coincidieron en que ellos no tienen un papel en la elección de familias que pueden pagar menos porque la decisión la toma el Gerente de CLAS—a veces con el apoyo de trabajadores sociales y ACS.

**Poblaciones marginadas/excluidas:** Todos los CLAS entrevistados identificaron la necesidad de diseñar una estrategia para mejorar el acceso de servicio a grupos de pacientes marginados en comunidades con barreras geográficas.

**Afiliaciones SIS:** Todos los CLAS entrevistados participan en estrategias para incrementar las afiliaciones de madres y sus niños al programa de SIS, con el objetivo de atender más pacientes, en especial los más pobres, e incrementar los ingresos al establecimiento de salud mediante el reembolso del programa.

Agente Comunitario de Salud (ACS): En la mayoría de establecimientos del primer nivel de atención (CLAS y no-CLAS) hay ACSs entrenados/as y supervisados/as por la enfermera del establecimiento en reuniones periódicas. Hay pocos casos en el cual trabajadores de salud trabajan conjuntamente en la comunidad con ACS. CLAS incentiva y apoya el trabajo de los ACS mediante las siguientes facilidades: acreditación, distribución de carné de identificación especial, refrescos durante la sesión de trabajo, regalos en ocasiones especiales, reconocimiento de los ACS como socios de CLAS, financiación de empleo del ACS en el establecimiento de salud con limpieza y lavandería, atención médica gratuita al ACS, y entrenamiento del ACS. En general el trabajo del ACS se apoya ad-hoc pero se necesita emplear un sistema de apoyo permanente para que continúen su labor.

*b. El papel de CLAS en la promoción de la calidad de servicios*

Los miembros de CLAS definen servicios de calidad como colas de espera más cortas, el rechazo a la discriminación, más horas de atención al paciente, suficiente personal de salud y en especial médicos especialistas, tener suficientes medicamentos, entre otros criterios. CLAS impulso estos criterios de calidad a través de:

Mejoras en personal, equipos e infraestructura: Los miembros de CLAS (1) incrementan el salario del personal de salud para motivarlos, (2) incrementan el presupuesto para mejoras en infraestructura y equipos, (3) presentan propuestas al gobierno regional o local para financiar proyectos de infraestructura y otros proyectos, y (4) mejoran sus propia habilidad de administración capacitándose en las normas legales del PAC.

Mejoras en la relación del personal de salud y el paciente: CLAS dice que han notado mejoras en las relaciones del paciente con el personal desde que el personal debe rendir cuentas por su labor. Los miembros de CLAS motivan al personal ser más entusiastas y energéticos con sus pacientes y sancionan a cualquier trabajador que maltrata los pacientes o que no cumplen con su trabajo (por ejemplo, llegar tarde o salir de trabajar temprano)

Canales de comunicación con la comunidad: La Asociación CLAS también recibe solicitudes, sugerencias y opiniones de la comunidad para cambios o mejoras que se pueden efectuar en los servicios de salud. Cuando un paciente reporta maltrato por el personal de salud, los miembros de CLAS y el Gerente de CLAS toman una decisión conjunta para sancionar al personal y se la presentan a la DIRESA antes de tomar acción.

*c. El papel de CLAS en el desarrollo de capital social*

Desarrollo de liderazgo: Los miembros de CLAS consideran su membresía un honor ya que su posición es respetada por la comunidad y son vistos como personas con el poder de cambiar e influenciar los servicios de salud. Todos los miembros entrevistados coinciden que gente de sus comunidades los buscan para hablarles sus quejas y opiniones con respecto al servicio. Frecuentemente, los miembros de CLAS mantienen posiciones de liderazgo en la comunidad como líderes electos o seleccionados para roles en la municipalidad.

Desarrollo de liderazgo de la mujer: Todos los CLAS entrevistados reportan que el número de mujeres que participan en la Asamblea general ha incrementado con el tiempo. Un tercio

de las Asociaciones CLAS tenían una mayoría (4 a mas) miembros mujeres. Ellos consideran que las mujeres son más responsables, mas transparentes, difícil de manipular, y más informadas en temas de salud, especialmente en la salud de niños.

### 3.2 PROCESOS POLITICOS CLAVES PARA ESTABLECER Y EXPANDIR CLAS

La Atención Primaria de Salud incursionó en la agenda política del sector salud en Perú en 1985 por la primera vez gracias al Ministro de Salud Dr. David Tejeda, ex Secretario de la OMS. A pesar del entusiasmo general por la atención primaria, el apoyo estratégico, técnico, administrativo y financiero fue bastante limitado debido a una política centralista donde la atención de salud se concentraba en los hospitales nacionales. El impulso inicial del programa desvaneció y la suma de actividades terroristas de Sendero Luminoso, hiperinflación y la fractura entre el gobierno y los organismos de financiamiento internacional, resultaron en el colapso total del sector de salud en 1990.

Aun con el cambio de gobierno en 1990, el terrorismo y las deficiencias en el presupuesto gubernamental continuaban en zonas rurales, es más, una epidemia de cólera afecto el sector de salud fuertemente en 1991. Una vez capturado el líder del Sendero Luminoso en 1992, el Perú empezó a avanzar rápidamente hacia un nuevo y moderno modelo económico que con apoyo a la privatización, desacelero la inflación y abrió las puertas a la inversión y a las donaciones extranjeras. El Ministerio de Economía y Finanzas inicio el Proyecto de Reforma del Gobierno Peruano que incluía la Reforma del Sector Salud, se desarrollaron normas legales que modernizaban el sector salud aplicando conceptos de una economía de mercado social y democrático (Vera, 1994).

Estas perspectivas orientadas hacia la reducción de los niveles de pobreza y la preocupación política con habilitar la descentralización fueron una tendencia regional en todo Latino América. El Dr. Jaime Freundt, Ministro de Salud a mediados de 1993, propulso nuevamente los programas de Atención Primaria de Salud ya que solo 300 de los 3,800 centros y puestos de salud estaban operativos (MOH, 1992). Se entendía que el Ministerio requería de soluciones innovadoras y un nuevo programa financiado por el tesoro público, el Programa de Salud Básica Para Todos (PSBT), intento incrementar la cobertura de las poblaciones más necesitadas. Más de tres mil establecimientos de Atención Primaria fueron reactivados con recursos humanos y materiales administrados a través que un programa cuasi-publico.

El Dr. Freundt sentía que todavía se necesitaba de una mejor alternativa para la administración del establecimiento de salud y los servicios en el primer nivel de atención que fuese más eficiente, en el contexto de escasos recursos disponibles y la pobre calidad de atención. Entusiastas por la descentralización no tenían propuestas para su implementación, así que el Ministerio de Salud propuso contribuir al proceso diseñando un programa que involucraría participación comunitaria. Dentro del concepto de la privatización se volvía mas aceptable admitir que el Estado no puede administrar todo y que “las cosas funcionan cuando aquellos con mayor interés en el éxito de la actividad se involucran” (Freundt, 2007).

Es así como el Dr. Freundt busco la consultoría de un experto internacional en la participación comunitaria, el Dr. Carl E. Taylor<sup>2</sup>, quien estaba involucrado en el desarrollo de una teoría de cambio comunitario a través de un “asocio de tres”, con el empoderamiento de las comunidades, el gobierno, y agencias terceras (Taylor and Taylor, 1985 y 2002). En el mes de enero de 1994, Carl Taylor junto con dos expertos peruanos, Ing. Juan José Vera y Dra. Patricia Paredes, visitaron comunidades andinas donde el Sendero Luminoso fue activo para averiguar porque los pobladores no querían recibir los servicios del Ministerio de Salud. Encontraron que los doctores trataban a los pobladores como ignorantes y no los atendían bien por sus deseos personales de regresar a la ciudad metropolitana. Los pobladores si deseaban tener atención medica pero en calidad de sus propios términos.

El código civil peruano fue el marco legal para el diseño del nuevo programa que articulaba la creación de una asociación civil como modelo ideal para comités administrativos con base en la comunidad. El Programa de Revitalización de Salud Periféricos (PRORESEP) apoyado por UNICEF fue una de las experiencias antecedentes que influencio el diseño del programa.

De enero a abril de 1994 la estructura legal e institucional del nuevo programa se estaba redactando por un equipo de expertos en el campo<sup>3</sup>. Finalmente el 5 de mayo de 1994, el Presidente de la República firmó el Decreto Supremo N° 01-SA-94 creando el Programa de Administración Compartida (PAC) con la formación de los Comités Locales de Administración de la Salud (CLAS) y el Programa de Administración Compartida en Farmacia (PACFARM). En calidad de Sub-programa del PSBPT, el equipo técnico del PAC empezó con la identificación, formación, y capacitación de personal de salud regional, personal de establecimientos de salud, y las comunidades. Los primeros proyectos pilotos de CLAS fueron inaugurados en julio de 1994 con trece establecimientos en la Región Ica y la Región Ayacucho, sitio de origen del Sendero.

Dentro del primer año de operación, 250 establecimientos de salud del primer nivel de atención fueron incorporados en el programa con CLAS. La expansión de CLAS continuo rápidamente y en 1995 y comienzos de 1996 dos evaluaciones de CLAS tomaron lugar con resultados sumamente positivos en el progreso y valor del programa (O'Brien y Bernechea, 1996; Taylor, 1996). A mediados de 1997, el diez por ciento de todos los establecimientos de Atención Primaria de Salud en el Perú fueron administrados por CLAS: 558 Asociaciones CLAS administraban 611 establecimientos de salud (de un total de 6000 establecimientos) en 26 de 33 Regiones de Salud en el Perú.

Como parte de la reforma del sector salud hacia la descentralización y la mejora de equidad, dos programas de seguro de salud fueron adoptados por el Seguro Integral de Salud. El Seguro Educativo Gratuito (SEG) fue creado por Fujimori en 1996 para satisfacer la campaña de reelección en que prometía servicios médicos y dental gratuito para los alumnos

---

<sup>2</sup> Presidente Fundador y Profesor Emérito del Departamento de Salud Internacional en la Universidad de Johns Hopkins Facultad de Salud Pública.

<sup>3</sup> Los miembros del equipo fueron Ing. Juan José Vera, Dra. Patricia Paredes, Dr. Nicolas Velarde, Carlos Bendezú, y Enf. Roxana Pajuelo, con el apoyo del Dr. Jaime Freundt, Econ. José Carlos Vera y el Dr. Augusto Meloni.

de colegios públicos. A raíz de este programa los establecimientos de salud se colmaron de la alta demanda sin recibir reembolsos del gobierno por contratar a más personal necesario para atender al fuerte influjo de escolares buscando atención médica.

El otro programa de seguro público, Seguro Materno-Infantil (SMI), empezó en 1997 como piloto con el propósito de reducir las barreras de costo para servicios preventivos para madres embarazadas y atención en parto. El piloto fue implementado en tres áreas donde CLAS ya estaba establecido<sup>4</sup> dado que CLAS tiene la habilidad de recibir reembolsos directos de seguro. A comparación del SEG, los pilotos de SMI tuvieron éxito dentro del contexto de la administración financiera de CLAS ya que CLAS tenía la capacidad de contratar más personal de salud y mejorar sus servicios para satisfacer el nuevo flujo de demanda. Hay que notar que los establecimientos no-CLAS nunca fueron considerados para los pilotos del SMI: hasta el día de hoy muchas personas no reconocen esta diferencia crucial en el éxito diferencial del programa SMI.

A fines de 1997, la resistencia a CLAS se presentaba desde varios sectores. Por ejemplo, a nivel regional personal administrativo de salud se quejaban de CLAS. También los sindicatos de médicos y trabajadores de salud se quejaban y organizaban boicots de CLAS, Asimismo, hubo quejas de grupos de consultores técnicos en el mismo Ministerio, todo aquello afectaban la reputación de CLAS. Los equipos técnicos que estaban diseñando el sistema de Redes y Micro-redes de servicios de salud, que en la práctica consolidaban las ineficiencias de la administración pública tradicional, se oponían a CLAS porque no veían como incorporar su propuesta con el programa. Bajo presión para cerrar CLAS, el Ministro de Salud, Marina Costa Bauer, sociólogo de profesión, optó por detener la expansión de CLAS y comisionó una evaluación integral del programa (Vicuña et al 1999). Para entonces, además de los 553 CLAS existentes, más de 150 CLAS se habían organizado esperando reconocimiento como tal y otros 200 CLAS estaban en procesos de formación.

Sin embargo, el FMI y el Banco Mundial se empezaban a interesar en CLAS como estrategia de modernización para el sector público y mejoras en transparencia mediante el control social de gastos públicos. Otras agencias tomaron interés en CLAS, como el Banco Interamericano de Desarrollo, IDRC/IDB y UNICEF, y comisionaron estudios sobre el programa que demostraron resultados comparativos en la cobertura de servicios de salud y equidad que demostraban el éxito de CLAS (Altobelli, 1998a, Cortez, 1998, Altobelli, 1998b).

En base a las nuevas evidencias, en enero de 1999, el programa CLAS fue reinstaurado y se implementó una estrategia de expansión veloz que incorporaba varios establecimientos de salud dentro de las CLAS existentes. Las “CLAS agregados”, como se llamaban, eran asociaciones que administraban más de un establecimiento de salud a la vez y algunos controlaban hasta cuarenta establecimientos. Este modelo tiene varias ventajas ya que el proceso de incorporación es más eficiente, aunque carece del mismo nivel de involucramiento comunitario en CLAS que administran menos establecimientos (Altobelli y

---

<sup>4</sup> SMI fue piloto en redes administradas por CLAS en las regiones Tacna y Arequipa, y la provincia de Moyobamba en la región San Martín.



Pancorvo, 2000). Como consecuencia de los resultados de este estudio, los CLAS agregados mas grandes se dividieron en administraciones más pequeñas.

La expansión de programa de SMI empezó también en 1999. Se incorporó el SMI en los establecimientos de salud no-CLAS pero estos últimos no tenían la capacidad de recibir reembolsos directos del SMI. Por otra parte, CLAS recibía reembolsos del SMI transferidos directamente a su cuenta corriente de cogestión y se convirtió en una gran fuente de mejoras de recursos de personal, infraestructura y equipos que permitió a los establecimientos CLAS entrar en un círculo virtuoso de creciente oferta y demanda.

La decisión de expandir CLAS y el SMI en 1999 fue relacionada al Programa de Reformas Sociales para préstamos al Perú del IBRD que incorporaba mecanismos para políticas de sectores sociales del gobierno (salud, educación, asistencia de alimentación, y justicia social) como condiciones para desembolso del préstamo. En la expansión de CLAS se incrementaron los establecimientos de atención primaria del 10 al 33% en un periodo de tres años. Ver el Grafico 7.

Los fondos para la expansión del SMI surgió de pagos para reembolsos de un paquete de financiamiento en el año 1999 de \$264 millones de dólares del IBRD, BID y un consorcio de proveedores de fondo bilaterales (Gran Bretaña, Canadá, Japón, entre otros). La intención del paquete fue subsidiar los costos recurrentes del SMI por tres años, con la expectativa de que el gobierno peruano empezaría a responsabilizarse de los costos a la finalización del periodo. La propuesta de financiación, en adición a las condicionalidades del IBRD en el sector de salud, refleja la coordinación precisa entre agencias para promover el progreso de descentralización y la mejora de servicios de salud a los pobres.

Lamentablemente, el gobierno transitorio del 2000-2001<sup>5</sup> quiso detener el paquete de préstamo para la expansión del SMI hasta que el siguiente gabinete de gobierno tomara lugar, con el resultado de que varios donantes retiraron sus fondos del paquete. Sin estos préstamos, los reembolsos del SMI se dejaron a merced y responsabilidad del tesoro público. La falta de financiamiento estable para el SMI afecto CLAS al limitar los recursos de fondos nuevos que CLAS usaba para mejorar la calidad de servicios de salud en el primer nivel de atención. CLAS también sufrió de la deficiencia del proyecto de aporte técnico del IBRD, PARSalud, debido a la vacilación política en apoyo a CLAS. Sin embargo, el equipo nacional de apoyo técnico del PAC demostró dedicación constante y su apoyo permitió la continuación de CLAS durante este periodo incierto.

La expansión de CLAS en el periodo 2001-2002 se puede atribuir al cumplimiento con las condicionalidades del IBRD-PSRL en conjunto con la abogacía del Coordinador Nacional de Administración Compartida, Dr. Víctor Baccini, quien pudo convencer al Ministro de Salud en no detener el crecimiento de CLAS. Este logro fue muy importante dada la orientación conservadora del Ministro, Dr. Solari, que junto con el Vice Ministro, Dr. Carbone, representaban una secta religioso que influenció el retroceso de varios avances del acceso de mujeres a los servicios de salud (Coe, 2004). Los Drs. Solari y Carbone decían apoyar

---

<sup>5</sup> Introducido como resultado de las elecciones Presidenciales fraudulentas en el 2000.

políticas de participación comunitario aunque, tras su asenso a Ministro en el 2002, el Dr. Carbone detuvo en gran parte la expansión de CLAS.

Bajo la influencia del Dr. Carbone, el Ministerio de Salud comisionó otra evaluación de CLAS con el propósito de crear “nuevas propuestas para modelos de cogestión”. Los reportes de dicha evaluaciones mostraron resultados positivos de CLAS e incluso incluyeron recomendaciones útiles para su mejora (Sobrevilla et al, 2002; Velarde y Sobrevilla, 2002). El Ministerio de Salud pareció ignorar estos resultados cuando continuaron acciones hacia el cierre del programa CLAS con una serie de Resoluciones Ministeriales<sup>6</sup> a fines del 2002. En esta época tan solo dos agencias de donantes, DFID y USAID, mantenían interés técnico en CLAS, aunque con poco apoyo financiero. Al considerar el débil entorno político y financiero de CLAS, es sorprendente que el programa pudo sobrevivir esta época sin sufrir de un colapso total. Posiblemente CLAS pudo sobrellevar los problemas de esta etapa gracias a la estructura legal que lo respaldaba desde su creación en 1994, junto con el apoyo comprometido del equipo técnico del PAC y la continuada abogacía de especialistas independientes y algunas ONGs laborando en el tema de salud pública.

Debido a que el Ministerio, bajo la dirección del Dr. Carbone, cerró sus puertas a la asistencia técnica de agencias internacionales y otros consultores externos, la organización sin fines de lucro Futuras Generaciones empezó, en enero del 2003, a trabajar directamente con la Comisión de Salud, Población, Familias y Personas Discapacitadas del Congreso Peruano en un esfuerzo conjunto sobre un ante-proyecto de ley para las CLAS que brindaría mayor estabilidad al programa protegiéndolo de las fluctuaciones de apoyo político que CLAS había sentido en los últimos años debido a los cambios de liderazgo en el Ministerio de Salud. A fines del 2003, un consorcio de agencias internacionales de apoyo técnico-financiero en salud, ONGs, expertos en salud pública, y funcionarios de Ministerio<sup>7</sup> se reunieron gracias a la convocatoria del Congresista Dr. Daniel Robles, Presidente de la Comisión de Salud. Se formó una “Sub-comisión para el Estudio de CLAS” y empezó a redactar el proyecto de ley a través de una serie de tres talleres macro-regionales en diciembre del 2003 y enero del 2004 (Ramos, 2004). Se produjeron varios borradores del proyecto de ley durante el año 2004 hasta octubre del 2005, pero los avances se detuvieron durante el 2006 debido a las campañas de las elecciones presidenciales y el ambiente político incierto relacionado a como el nuevo gobierno afrontaría el programa de CLAS (Future Generations, 2008).

La labor de la Comisión de Salud del Congreso con el proyecto de ley para CLAS produjo un esfuerzo paralelo en el Ministerio de Salud con su propia propuesta de proyecto de ley para CLAS, ya que sentían que era deber del Ministerio desarrollar dicha ley; por un tiempo, hubo dos proyectos de ley que competían por aprobación.

La Federación Médica se oponía fuertemente a la posibilidad que CLAS se convierta en un programa permanente con la nueva ley de CLAS. Una huelga nacional dirigida por la

---

<sup>6</sup> R.M. N° 895, R.M. N° 1743, and R.M. N° 1793.

<sup>7</sup> El consorcio incluyó: MOH, MEF, UNICEF, OPS, DFID, USAID, Futuras Generaciones Perú, CARE Perú, PHR Plus, Proyecto Policy y Pathfinder.

Federación Médica a fines del 2003 y comienzos del 2004, incluía la derogación de CLAS como una de sus diez demandas principales. Otra de sus demandas para levantar la huelga, fue establecer a todos los médicos trabajando con contratos de corto-plazo como *nombrados* para los servicios de salud pública. Para ese entonces, el liderazgo del Ministerio de Salud lo había tomado el Dr. Álvaro Vidal quien apoyaba los sindicatos de médicos. Su sucesora, la Ministra Dra. Pilar Mazzetti, una neuróloga de profesión, fue la responsable de resolver la huelga y terminó por firmar un acuerdo en abril del 2004 para el nombramiento de todos los médicos. Un experto salubrista describió la resolución de la Ministra como “la decisión política en el sector de salud más regresiva en los últimos diez a quince años”, por lo tanto dañando el sistema de salud y el proceso de la reforma de salud. Muchos de los involucrados en el programa temían que CLAS sufriría por la debilidad del control social sobre el rendimiento de los médicos nombrados.

CLAS sobrevivió apenas la huelga de los médicos pero PAC fue desmantelado progresivamente al cortar sus fondos y el equipo técnico de PAC fue reducido de 35 personas a tan solo cinco en un periodo de 2 a 3 años.

En diciembre del 2005, lo que quedaba del equipo técnico fue transferido del PAAG a la Oficina Ejecutiva de la Administración de los Servicios de Salud en el Ministerio de Salud, con la transición final de CLAS a la Oficina General de Administración del Ministerio de Salud, conocida en ese entonces por su ineficiencia. Se temía que el PAC podría sufrir en términos de la productividad de su administración y perder el apoyo de asistencia técnica. Al mismo tiempo se pensaba que estos podrían ser cambios positivos hacia la integración del PAC en el trabajo general del Ministerio de Salud. Por otra parte, las DIRESAs a nivel nacional no tenían una oficina actual a cargo de la administración regional de CLAS. La oficina administrativa de CLAS a nivel regional continuaba con asignaciones de manera ad-hoc en cada región.

En gran parte, el apoyo del Ministerio de Salud a las CLAS a partir del 2005 se basó en el trabajo constante y decidido del Dr. Carlos Acosta, Director Ejecutivo de Gestión Sanitaria de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA, y la Dra. Jackeline De La Cruz, Coordinadora Nacional de Administración Compartida, quienes dieron impulso a la toma de decisiones en el Ministerio de Salud que permitió el avance de las iniciativas normativas y legislativas sobre las CLAS.

En su discurso inaugural el 28 de Julio de 2006, el Presidente de la República del Perú, Alan García, dijo que se esforzaría por extender la experiencia de CLAS al sector educación durante su presidencia.

Consecuentemente el 12 de octubre del 2007, el Congreso del Perú aprobó la Ley N° 29124: “que Establece la Cogestión y Participación Comunitaria en Salud en los Establecimientos del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud y las Regiones,” así culminando cinco años de esfuerzos con CLAS desde el Ministerio de Salud y con el apoyo de los agentes externos de cambio social.

## 4 DISCUSION

En esta sección se van a discutir cinco temas del estudio por separado. Para cada tema se presenta la investigación sobre los problemas, métodos y soluciones que se emplearon.

### 4.1. AUMENTANDO ESCALA: LOS RETOS DE AMPLIAR UN PROYECTO PILOTO A UNA INTERVENCION A GRAN ESCALA

El proceso de incorporar los establecimientos dentro del PAC es ilustrativo del proceso de cogestión ya que las comunidades se responsabilizaron del papel de decidir si incorporarse o no al programa, aunque también fueron contactados por funcionarios del Ministerio de Salud por razón estratégicas. Una vez que el grupo inicial de CLAS estuvo en funcionamiento, sirvió como un modelo ejemplar para demostrarles a otras comunidades como podrían usar CLAS a su beneficio. Por lo tanto más y más comunidades adoptaron el modelo y se mantuvo el aspecto de incorporación por demanda que es tan importante para el éxito del programa. Ya que el programa se basa en las decisiones de la comunidad que respetan sus necesidades, el proceso de escalar y expandir CLAS debe ser dirigido por la demanda de estas mismas comunidades y los pobladores que ven el modelo de CLAS como la solución adecuada.

El programa de CLAS debe mucho a los esfuerzos del Dr. Freundt quien estuvo convencido de la necesidad de desarrollar CLAS tanto así que dejó de lado dos firmas del Ministerio para acelerar la aprobación del Decreto Supremo sobre CLAS a las manos del Presidente con su firma en mayo de 1994. El liderazgo del Dr. Freundt fue constante durante todo el proceso. Un equipo técnico de especialistas altamente calificados se formó en apoyo de la participación comunitaria que incorporaba a miembros de varias especialidades. El primer coordinador nacional fue el Ing. Juan José Vera que tenía bastante experiencia trabajando con grupos comunitarios en programas de cogestión agrícola; Carlos Bendezú fue otro miembro quien previamente ocupó la posición gubernamental más alta en la región más activa del Sendero Luminoso, así contribuyendo su experiencia política con las necesidades de poblaciones afectadas por el terrorismo; también con la Dra. Patricia Paredes, especialista en salud pública, el grupo inicial de apoyo al PAC fue clave en mantener e implementar el programa en sus primeros cuatro años aún con todos los cambios de políticas nacionales y en el Ministerio de Salud. Gracias a su longevidad CLAS pudo crecer de sus primeros 16 establecimientos de salud al 10 % de todos los establecimientos de salud (553) para 1997. Más adelante, los coordinadores del PAC fueron médicos que contaban con experiencias exitosas como Gerentes de CLAS y podían contribuir con asistencia operativa a otros médicos alrededor del país quienes intentaban manejar CLAS desde sus propios establecimientos.

Inicialmente el programa se implementó de manera muy discreta por el equipo que administraba CLAS para minimizar la publicidad que conlleva un perfil alto. Se quiso evitar la experiencia de un programa en el sector educación en 1993 que también se basaba en la participación comunitaria, tuvo un alto perfil público y se vio enfrentado por la fuerte oposición del sindicato de profesores SUTEP ya que amenazaba su autonomía; el sindicato

tuvo éxito en derogar el programa antes de dar frutos (Ortiz de Zevallos et al, 1999). De hecho, se repitió la experiencia con CLAS en el sector de salud con la oposición de médicos ya que ellos sentían que no deberían tener la obligación de ser responsables y rendir cuentas a los pobladores que atendían, también se oponían al papeleo involucrado de los contratos de cogestión. Los médicos no aceptaban que el papeleo “excesivo” era parte del proceso de transición en políticas administrativas de los establecimientos del modelo tradicional al modelo de CLAS.

El Ministerio de Economía y Finanzas participo en el crecimiento de CLAS indirectamente al aceptar las condicionalidades del préstamo para el Programa de Reforma Social de IBRD, ya que el MEF tuvo que presionar al Ministerio de Salud en cumplir con los cambios de políticas y rendimiento. Parte de las condicionalidades del préstamo incluían expandir CLAS por un porcentaje establecido cada año por un periodo de tres años entre 1999 y 2002 para desembolsar los fondos al MEF.

En general, las agencias de cooperación internacional fueron una fuente clave de apoyo en todos los momentos al largo del desarrollo de CLAS, desde aporte técnico, investigación, y condicionalidades para el cambio de políticas en relación al crecimiento de CLAS. Las condicionalidades, incorporadas en el préstamo de IBRD, fueron entre los aportes más importantes para la expansión de CLAS. Sin embargo, no hubo proyectos de apoyo a CLAS en los proyectos para el primer nivel de atención en los primeros quince años de CLAS, como los proyectos de USAID (Proyecto 2000, Calidad), IBRD (Salud y Nutrición Básica, PARSalud) y la Comisión Europea (Amares), que perdieron varias oportunidades de apoyo a los CLAS. El BID fue la agencia que entendió la necesidad de financiar un pequeño equipo técnico en el Ministerio de Salud que se estableció y fue administrado a través del PAC en los primeros años de programa. Después del Proyecto de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, no hubo otros fondos de préstamo o donación que financiara estos costos recurrentes del equipo técnico de CLAS a nivel central.

Las organizaciones sin fines de lucro tuvieron, por lo general, poca participación en el programa de CLAS ya que la mayoría de organizaciones se enfocaban en proyectos financiados por donantes que no participaban en el desarrollo de CLAS. Eventualmente Pathfinder y CARE Perú apoyaron a CLAS con asistencia técnica, trabajo de campo, manuales y el desarrollo de general del modelo como parte de proyectos más grandes relacionados a programas en salud reproductiva y los derechos de salud. Future Generations fue la única organización sin fines de lucro que apporto apoyo técnico en toda la duración de CLAS al momento. El Dr. Carl E. Taylor, fundador de Future Generations, estuvo involucrado desde la etapa de diseño del programa y a través de todos los años de desarrollo. En 2001 la organización creó una sede en el Perú con el propósito de mejor apoyar y fortalecer CLAS.

ForoSalud, un grupo de representantes de sociedad civil integrado por profesionales de salud y ONG del sector salud establecido en el 2003, incluyo a CLAS en un foro regional como parte de los grupos de sociedad civil involucrados con temas de salud al nivel regional, su apoyo a CLAS fue una contribución notable pero un tanto pasiva.

Como individuo, el Dr. Halfdan Mahler, ex-Secretario General de la OMS, tuvo un gran impacto en formar la opinión profesional a favor de CLAS cuando visito el Perú a principios de 2002. Visito varios establecimientos y Asociaciones CLAS y hablo muy favorablemente del programa a los dignatarios de la profesión médica y del Ministerio de Salud.

#### 4.2 GESTION DE CAMBIOS EN POLITICAS

A pesar de la expansión veloz que tuvo el programa en aumentar la demanda de comunidades por incorporar CLAS y su éxito en la gestión y aumento en coberturas de los servicios de salud, la oposición seguía creciendo de los profesionales médicos, DIRESA regionales, y sindicatos de trabajadores de salud. La Federación Medica consideraba que CLAS era un paso hacia la privatización de los servicios de salud, por lo tanto amenazando la meta de la Federación para que todos los médicos sean *nombrados*. Los médicos siempre han considerado su derecho natural que los contraten en un ambiente dentro de un marco competitivo para puestos en el sector público y que, una vez aceptados, deberían convertirse en sirvientes públicos permanentes con una pensión vitalicia del gobierno.

Observaciones en el Perú y un estudio publicado en Uruguay demostró que los médicos *nombrados* son significativamente menos productivos que personal contratado en el sector privado ya que no hay incentivos para su eficiencia (Webb y Valencia, 2006; Das y Pave 2007). Además, los médicos con contrato privado de CLAS que se convierten en *nombrados* producen un déficit en las horas laborables de atención médica ya que los *nombrados* tan solo trabajan seis horas diarias.

Los funcionarios de las oficinas administrativas de DISA/DIRESA también se resistían a CLAS al perder control sobre los recursos porque el sistema de CLAS dirige los fondos directamente a la cuenta corriente de CLAS. Además el uso de contratos cortos de bajo costo sin beneficios que empleaba CLAS generó oposición del sindicato de trabajadores de salud FENUTSA<sup>8</sup>, no incluyendo médicos. Los CLAS tienen el conflicto de la necesidad de contratar más personal de salud y recibir poco apoyo financiero para satisfacer esta necesidad y tener que depender de las tarifas por servicios o los reembolsos del SIS. Muchos DIRESA seguían trabajando asumiendo que los reembolsos del SIS a CLAS no se podían usar como fondos para contratos privados a trabajadores de salud que rindan también beneficios, así que usaban los fondos del SIS exclusivamente para estos contratos de corto plazo y sin beneficios.

Los equipos de consultores a cargo de diseñar el modelo de descentralización omitieron CLAS de su diseño porque no consideraban que el programa funcionaba a través de un marco descentralizado. En cambio optaron por encargar la administración de servicios de salud en el primer nivel de atención de salud a las municipalidades locales. La nueva ley de CLAS incorpora a las municipalidades locales en el flujo del programa como uno de las tres entidades firmantes del Acuerdo de Cogestión, justo para satisfacer la necesidad de articular los servicios de salud con el gobierno local pero manteniendo las capacidades de control por

---

<sup>8</sup> *Federación Nacional Unico de Trabajadores de Salud- FENUTSA*

parte de la comunidad. Este último está aceptado como el punto clave de la descentralización democrática (Comisión Europea, 2007).

Los equipos formados para la reforma del sector salud diseñaron el modelo para “Gerencia de Redes y Microredes de Servicios de Salud” donde los establecimientos del primer nivel de atención se reagruparon por accesibilidad geográfica y dentro de un sistema para referir pacientes a centros con mayor capacidad para centralizar las operaciones de laboratorio, envíos de información sanitaria y la ejecución del presupuesto. Este programa se impuso sobre el modelo de gestión CLAS y creó un marco de competencia entre dos modelos operacionales que en uno de ellos carecía de la gestión agilizada de fondos y recursos humanos ya consolidada en las CLAS.

El Programa de Administración Compartida (PAC) fue posicionado desde un principio dentro de las Unidades de Participación Comunitaria de la DIRESAs, en las cuales generalmente laboraron profesionales no de la salud, sino sociólogos y antropólogos quien fueron expertos en la participación comunitaria pero tenían dificultad en comprender los aspectos de la gestión de recursos humanos en salud y de fondos descentralizados que son importantes al sistema de PAC. Por no entender estos aspectos del programa, el personal no pudo representar PAC de manera adecuada al resto del Ministerio de Salud. Esto resultó ser una fuente de crítica y oposición al programa de CLAS dentro del mismo Ministerio, particularmente en los primeros años de CLAS durante el periodo de tensión entre las comunidades y el gobierno local cuando recién se adaptaban a la nueva redistribución de papeles administrativos y el control de recursos. Los empleados del sector salud esperaban ver resultados inmediatos en cuanto a los niveles de participación comunitaria con la incorporación de CLAS, y este concepto se convirtió en un punto de criterio para la evaluación de CLAS en el cual se consideraba que el programa fallaba. A raíz de este problema creció la resistencia a CLAS con la justificación de que realmente el programa no respeta la participación comunitaria como tal. Una encuesta a la población mostró que el 80% de la población entrevistada no sabía lo que es CLAS, y este hallazgo fue usada como evidencia de que la comunidad no participaba en PAC adecuadamente y que por ende el programa no era “válido” para cumplir con los objetivos de capacidades participativas (Cortez, 1998). Otra publicación posterior trató de clarificar el concepto de CLAS y su rol con participación comunitaria, después del cual se redujo el fervor de críticas hacia CLAS sobre este punto (Altobelli, 2002).

#### 4.3 AJUSTES DEL DISEÑO: LEYES, REGULACIONES Y RESOLUCIONES DE CLAS

La mayor fortaleza del programa de CLAS fue que se fundó en base a un Decreto Supremo, justo por debajo de lo que es una Ley del Congreso, y estructurado dentro del Código Civil, dos elementos que permitieron una sólida base legal para operar la nueva distribución financiera y acuerdos contractuales en el sector de salud. Desde la creación de CLAS en 1994 hasta el 2007, no hubo lugar para accionar muchos cambios a las leyes y regulaciones que delineaban el programa, incluso diez resoluciones Ministeriales creadas durante ese periodo solo pudieron modificar pequeños detalles del programa. Sin embargo, tres Resoluciones

Ministeriales en el año 2002 resultaron ser desastrosas en reducir la autonomía de CLAS ya que definieron los elementos para que el Ministerio de Salud pueda cerrar un CLAS y crearon una comisión para revisar su marco legal. Estas resoluciones llevaron a que Futuras Generaciones Perú inicie su campaña en enero del 2003 en conjunto con la Comisión de Salud del Congreso para desarrollar una nueva ley que prestara estabilidad legislativa a CLAS, el proyecto de ley se finalizó con la aprobación del Congreso cuatro años y diez meses después.

La Ley N° 29124: “que Establece la Cogestión y Participación Ciudadana en los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud y las Regiones” facilita soluciones para los problemas y lecciones aprendidas en la historia del programa desde su inicio en 1994. La ley permite mayor participación de cada comunidad y la representación del gobierno en cada Asociación CLAS, mejora la orientación y métodos de capacitación de funcionarios del gobierno, proveedores de salud, y miembros de la comunidad asociados con el funcionamiento de CLAS para asegurar la calidad de capacidades participativas. A través de prácticas democráticas CLAS tiene la habilidad de mejorar varios indicadores de salud pública.

#### 4.4. GARANTIZANDO LA SOSTENIBILIDAD DE CLAS

Para garantizar la sostenibilidad del programa sería necesario demostrar que CLAS es un componente esencial para mejorar el modelo de servicios de salud en el primer nivel de atención con impacto sobre los indicadores de salud a nivel del hogar, y que se tendría que articular bien dentro del marco del gobierno local y nacional. La estrategia para demostrar esto fue empezar con el CLAS más exitoso de cada región y mejorarlos al nivel de Centros de Pasantía “Centros de Aprendizaje en Acción y Experimentación”, para facilitar el entrenamiento de otros CLAS en el crecimiento exponencial del modelo. Futuras Generaciones Perú fue la primera organización en desarrollar un piloto “CLAS Modelo” en el asentamiento humano de Las Moras en la región de Huánuco en la vertiente oriental de los Andes, iniciándolo en el año 2002. En Las Moras, el establecimiento de salud opera de manera más eficiente con el fortalecimiento de la organización de los líderes comunales, agentes comunitarios de salud (ACS) voluntarios y otras organizaciones de la misma comunidad. Promocionaron mejoras significativas en las prácticas en salud, nutrición e higiene a nivel de hogares para la prevención de enfermedades con la ayuda de ACS que usan simples listas de verificación para monitorear a madres y sus hijos y las apoyan con materiales para la educación básica de prácticas saludables y preventivas en el ámbito del hogar. El modelo opera con metodologías que implementen el personal de salud que laboran en el primer nivel de atención del MINSA, estimulando el empoderamiento de la comunidad y afirmando el control social de la población sobre la administración y gestión de servicios de salud, además de desarrollar las capacidades de todos aquellos involucrados en capital social y la apropiación de su auto-desarrollo. Tanto CLAS Las Moras como otros Centros de Pasantía fortalecidos en Centro de Salud CLAS Umari-Huanuco, Puesto de Salud CLAS Pitumarca-Cusco han recibido varios premios y reconocimientos a nivel de competencias nacionales en “Mejoras de Calidad en Servicios de Salud” y como “Mejor Experiencia en Nutrición y Alimentación Infantil” del MINSA, asimismo como “Mejor Práctica en Gestión



Pública,” y ahora siguen sirviendo como Centros de Pasantía en sus regiones respectivas. Los “CLAS Modelo” sirven como prueba tangible a políticos y funcionarios del sector salud de que CLAS es una solución para mejorar el primer nivel de atención, así manteniendo el entusiasmo por el programa en periodos de poco apoyo e incertidumbre política y como ejemplos a seguir para la capacitación de otros CLAS y establecimientos que buscan mejorar la calidad de sus servicios de manera uniforme a través del país.

## 5 CONCLUSIONES

### 5.1. RESUMEN DE LOS RESULTADOS REFERENTES A CLAS

Los gobiernos latino americanos y en el mundo entero son reconocidos históricamente por la falta de transparencia y participación ciudadana en el proceso político y la supervisión de programas públicos. En el Perú, el programa CLAS fue uno de los primeros en afirmar mejoras de transparencia, participación y control social como prioridades sociales de la población general a comienzos del siglo veintiuno. La resistencia política y burocrática hacia CLAS se superó en parte a través de investigación extensiva, grupos de abogacía y los “CLAS Modelo” para finalmente ganar aceptación política con la resolución de la Ley de Cogestión firmada en octubre del 2007.

Las luchas por poder entre el sector salud y las comunidades, entre sindicatos médicos y de trabajadores de salud y el sector salud fueron un componente necesario para la maduración de cada entidad en incorporarse y apropiarse sus nuevas funciones de gobernanza. Hasta el momento, los sindicatos continúan su oposición a las CLAS.

La expansión de CLAS fue exitosa gracias al apoyo de entidades internas y externas en conjunto de un equipo técnico bastante estable y comprometido dentro del Ministerio, el respaldo de acciones por parte de UNICEF, IBRD y el BID y las contribuciones de investigaciones independientes y algunas organizaciones no-gubernamentales a través de su abogacía y la creación de un nuevo estándar de Atención Primaria de Salud con el cambio sostenible de la comunidad.

CLAS demuestra que la participación social es esencial para la implementación efectiva de servicios de salud en el primer nivel de atención. El papel regulador de los ciudadanos en CLAS sobre la administración de recursos públicos no solo empodera a la comunidad sino además asegura prácticas transparentes y gestión eficiente ya que los miembros de CLAS ejercen control social sobre los proveedores de salud en cada punto de la entrega de servicios.

### 5.2. LECCIONES EN SALUD PÚBLICA DE LA EXPERIENCIA DE CLAS

El confiar en la comunidad como un agente activo y empoderado de cambio que forma parte del equipo de congestión de salud promueve la agencia, desarrolla el capital social y facilita los mecanismos para involucrar a las mujeres y los grupos más vulnerables de la población en el uso del sistema de salud y en la misma comunidad organizada para la planificación local y sus capacidades y motivación para tomar acción en su propio desarrollo.

Cuando las comunidades se involucran legalmente en la administración de recursos públicos, estos programas se verán afrontados por la oposición de grupos en peligro de perder poder. La lección de CLAS es que el involucramiento de la comunidad es la mejor manera de asegurar sostenibilidad, a pesar de cualquier resistencia, con tal de que unos cuantos funcionarios del gobierno continúen apoyando el programa, y que agentes externas, con el respaldo de donantes, ocupen el papel de investigación, abogacía y asistencia técnica constante.

La lucha constante por poder y las dificultades que acarrearón presiones políticas, resultaron ser algunos de los factores más importantes en contribuir al éxito del programa porque CLAS aprendió a sobrevivir bajo bastante presión política. Si la lección se generaliza a otros programas se podría decir que un periodo más largo de desarrollo conduce a la sostenibilidad en largo plazo ya que la experiencia sedimenta las facilidades de empoderamiento de la comunidad. La reforma legislativa de salud crea una estructura donde hay amplia oportunidad de establecer la agencia de las personas para el éxito de modelos que se basan en decisiones del día-a-día.

El sistema del modelo de Atención Primaria de Salud facilita las oportunidades para que el empoderamiento de la comunidad en cuanto a los servicios de salud se puedan extender al Centro de Pasantía que aplica el concepto de empoderamiento de la comunidad en conjunto con el gobierno y da lugar al apoyo de agentes externos de cambio que contribuyen al desarrollo de capacidades.

## 6 AGRADECIMIENTOS

Se agradece a Sara Bennett y Erik Blas de la OMS por promover y supervisar el estudio y aportar valiosos comentarios en los primeros borradores. Se agradece la colaboración de Julio Puntriano, Asesor al Ministro de Salud Perú y Responsable de la Unidad de Descentralización del MINSa durante la primera parte del estudio. El autor agradece a las siguientes personas quien revisaron y comentaron en el estudio: Carl E. Taylor, Luis Espejo, Alejandro Vargas, José Cabrejos, y Nicolás Velarde. Además se agradece al respaldo financiero de la Alianza para Investigación en los Sistemas y la Política de Salud de la Organización Mundial de la Salud. Se reconoce en especial a las personas entrevistadas para el estudio que fueron muy generosas en sus comentarios sobre los aspectos de sus experiencias directas con CLAS durante varios periodos en la historia de CLAS. A seguir, se enumera estas personas por nombre y título ocupacional durante el periodo en que se asociaron con CLAS y el Programa de Administración Compartida:

### **Actual Miembro de Congreso**

Dr. Daniel Robles, Congresista y ex-Presidente de La Comisión de la Salud, Población, Familias y Personas Discapacitadas del Congreso del Perú.

## **Ex-Ministro de Salud**

Dr. Jaime Freundt, ex Ministro de Salud (1994-1995)

## **Pasados y Actuales Coordinadores nacionales del Programa de Administración Compartida**

Dra. Jackeline De La Cruz, actual Coordinadora Nacional de Programa de Administración Compartida (2006-presente)

Dr. Víctor Bacini, ex Coordinador Nacional del Programa de Administración Compartida (2000-2003)

Dr. Ricardo Díaz, ex Coordinador Nacional del Programa de Administración Compartida (1999-2000)

Dr. Nicolas Velarde, ex Interim Coordinador Nacional del Programa de Administración Compartida (1998)

Ing. Juan José Vera, ex Coordinador Nacional del Programa de Administración Compartida (1994-1998)

## **Pasados y Presentes Directores Generales y Ejecutivos en el Ministerio de Salud**

Dr. Carlos Acosta, Director Ejecutivo de la Administración de Servicios de Salud, Dirección General de Salud de las Personas (2005-presente)

Dr. Luisa Hidalgo, ex Director General de Salud de las Personas (2002-2003)

Dr. Oswaldo Lazo, ex Director General de Salud de las Personas (2001-2002)

Dr. Augusto Meloni, ex Director General de la Oficina de Cooperación Internacional y Finanzas (1994-1999), ex Asesor al Ministro de Salud (1993-1994)

## **Pasados Coordinadores del Programa y Asesores Gubernamentales**

Dr. Danilo Fernández, ex Coordinador Nacional para el Programa de Administración Compartida y el Programa de Salud Básica para Todos, Ministerio de Salud (1996-2000)

Dr. Carlos Ricse, ex Coordinador General del Proyecto PARSalud

Dr. Wilfredo Solís, ex Asesor, Consejo Nacional de Descentralización (2007)

Sr. Félix Valencia, Experto en Seguros, SIS (2007)

Econ. José Carlos Vera, ex Asesor al Ministro de Salud (1993-1994)

Dr. Arturo Iglesias, ex Asesor al Ministro de Salud (1993)

## **Líderes Pasados y Presentes del Sindicato Médico y la Asociación Médica**

Dr. Julio Castro, pasado y actual Decano de La Asociación Médica Peruana (*Colegio Médico*)

Dr. Julio Vargas, actual Presidente de La Federación Médica

## **Pasados y Presentes Consultores y Asesores Internacionales**

Dr. Carl E. Taylor, Professor Emeritus, The Johns Hopkins University, and co-Fundador and Asesor para Future Generations

Dr. Rigoberto Centeno, Consultor en Servicios de Salud, Pan American Health Organización

## Asociaciones CLAS

CLAS Panao, Huánuco	Sr. Glicerio Aquino, Presidente Dr. José Salas, Gerente
CLAS San Francisco de Cayrán, Huánuco	Sr. Jorge Lazaro, Presidente Dra. Helen Trujillo, Gerente
CLAS Huancapallac, Huánuco	Sr. Kleber Sánchez, Presidente Lic. Cleopatra Cervantes, Gerente
CLAS Perú Corea, Huánuco	Sra. Haide Malpartido, Presidente Dr. Edwin Morales, Gerente
CLAS Umari, Huánuco	Sr. Victor Inocencio, Presidente Dr. Dennys Talenos, Gerente
CLAS Pillco Marca	Sra. Rosario Guzman, Presidente Dr. José Rodríguez, Gerente
CLAS Wanchaq, Cusco	Sr. Elio Cárdenas, Presidente Dra. Carolina Letona, Gerente
CLAS Quiquijana, Cusco	Sra. Elsa Ojeda, Presidente Dr. Wilbert Polo, Gerente
CLAS Urcos, Cusco	Sra. Angélica Gonzáles, Presidente Dr. Darío Navarro, Gerente
CLAS Ttio, Cusco	Sr. Mario Aparicio, Presidente Dr. William Loayza, Gerente
CLAS Pisac, Cusco	Sr. Francisco Rojas, Presidente Dr. Arturo Jara, Gerente
CLAS Chinchero, Cusco	Sr. Constantino Sallo, Presidente Dr. Gabriele Bermudez, Gerente
CLAS San Francisco, Tacna	Sr. Luis Llosa, Presidente Dr. Jaime Miranda, Gerente
CLAS Intiorko, Tacna	Sra. Tania Palco, Presidente Dra. Luisa Maria Maldonado, Gerente
CLAS Vista Alegre, Tacna	Sra. Justina Ramos, Presidente Dr. Benjamin Núñez, Gerente
CLAS Ciudad Nueva, Tacna	Sr. Roberto Hualpa, Presidente Dr. José Medina, Gerente
CLAS Alto de la Alianza, Tacna	Ing. Martin Paucara, Presidente Dr. Renán Neira, Gerente
CLAS Cono Norte, Tacna	Sr. Alejandro Tuyo, Presidente Dra. Carolina Davalos, Gerente

Altobelli, LC (1998a) 'Comparative analysis of primary health care facilities with civil society participation in Venezuela and Peru.' Prepared for the seminar, *Social Programs, Poverty, and Citizen Participation*, March 12-13, 1998. Cartagena, Colombia: Inter-American Development Bank. <http://www.future.org/publications/comparative-analysis-primary-health-care-facilities-with-participation-civil-society-ve>

Altobelli, LC (1998b) 'Health Reform, Community Participation, and Social Inclusion: the Shared Administration Program.' Paper prepared for the Mid-term Evaluation of the UNICEF-Peru Cooperation. August, 1998. <http://www.future.org/publications/health-reform-community-participation-and-social-inclusion-shared-administration-progra>

Altobelli, LC & Pancorvo, J (2000) 'The Shared Administration Program and the Local Health Administration Committees: Case study of Peru.' Case study prepared for the III Forum for Europe and the Americas on Health Sector Reform, San José, Costa Rica. World Bank. <http://www.future.org/publications/shared-administration-program-and-local-health-administration-associations-clas-peru>

Altobelli, LC (2002) 'Participación comunitaria en la salud: La experiencia peruana en las CLAS.' In: J. Arroyo (Ed.) *La Salud Peruana en el Siglo XXI: Retos y Propuestas de Política*, Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social/ DFID/ Policy Project. pp. 303-354.

Altobelli, LC & Sovero, J (2004) 'Cost-efficiency of CLAS Associations.' Lima: Future Generations, Mulago Foundation, DFID. <http://www.future.org/publications/cost-efficiency-clas-associations-primary-health-care-peru>

Altobelli, LC (2006) 'Comparative Analysis of Health Impact and Health Services Utilization in CLAS and Non-CLAS Primary Health Care Services in Peru,' Lima: Future Generations Peru.

Alvarado, B & Mrazek, M (2006) 'Salud.' In: *Marcelo M. Guigale, Vicente Fretes-Cibils, and John L. Newman, Peru: Opportunity for a Different Country – Prosperous, Equitable, and Governable*. Washington, DC: International Bank for Reconstruction / World Bank.

Coe, AB (2004) 'From Anti-Natalist to Ultraconservative: Restricting Reproductive Choice in Peru', *Reproductive Health Matters* 12(24): 56-69.

Comisión Europea (2007) 'Apoyando Descentralización y Gobernancia Local en Países Terceros.' Serie Herramientas y Métodos, Documento de Referencia 2. Luxemburgo: Oficina para Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.

Cortez, R (1998) 'Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS.' Lima: Research Center of the Universidad del Pacífico, Working Documento N° 33.

Cortez, R & Phumpiu, P (1999) 'La Entrega de Servicios de Salud en los Centros de Administración Compartida (CLAS): el caso del Perú.' Lima: Universidad del Pacífico, International Development Research Center (IDRC/CIDA), Inter-American Development Bank (IDB).

Das, J & Pave Sohnesen, T (2007) 'Variations in Doctor Effort: Evidence from Paraguay.' *Health Affairs* 26 (3): w324-w337

Díaz J, Altobelli LC, Espejo L, Cabrejos J, & Vargas A (2006) 'Pilot Project SCALE-Squared Training Center, CLAS Las Moras – Huánuco: Mid-Term Evaluation 2003-2005,' Lima: Future Generations, Mulago Foundation, Duane Stranahan Charitable Trust.

Enge, K et al (1984) 'Evaluation of the Health Promoter Program,' Lima: Ministry of Health.

Espejo, L et al (2001) 'Modelo para el Desarrollo de Capacidades Locales en la Promoción de la Salud de las Comunidades,' Serie: Lección N° 2, Lima: CARE Peru.

Freundt, J (2007) Personal communication.

Future Generations (2008) 'Development of the "Law That Establishes Co-management and Citizen Participation in Primary Health Care Facilities of the Ministry of Health and the Regions": A Documented Chronology 2003 to 2007.' Prepared to commemorate the approval by the Peruvian Congress on October 5, 2007 and the promulgation by the President on October 30, 2007 of Law N° 29124. January 15, 2008.

Mahler, Halfdan, Carl E Taylor, Daniel Taylor, Omak Apang (2001) Memorandum on Findings and Recommendations for Peru's National System of Community Co-Managed Primary Health Care. Franklin, WV: Future Generations.

<http://www.future.org/publications/memorandum-findings-and-recommendations-peru-national-system-community-co-managed-prim>

Meloni, A (2007) Personal communication.

Mercer, MA (1987) 'Social Class Determinants of Growth Stunting in the Peruvian Sierra,' Doctor of Public Health Thesis, The Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Baltimore, Maryland.

Ministry of Health (1992) 'National Inventory of Health Infrastructure,' Lima: Ministry of Health.

O'Brien, E & Barnachea, M (1996) 'Informe Final: Evaluación del Programa de Focalización de Gasto Social Básico: Sub Programa Administración Compartida,' Lima: Ministry of Health and Program for Analysis, Planning, and Implementation (PAPI)-USAID.

Ortiz de Zevallos G, Eyzaguirre H, Palacios RM, & Pollarolo P (1999) 'The Political Economy of Institutional Reforms in Peru: the cases of education, health, and pensions.' Lima: Instituto Apoyo, Inter-American Development Bank. Working Document R-348.

Puntriano, J (2002) 'Análisis del Modelo de Co-Gestión Vigente: Análisis crítica de la normatividad nacional que regula o incide en el diseño y el funcionamiento del Modelo de Cogestión CLAS.' Lima: Ministerio de Salud.

Ramos, I (2004) "Informe de Sistematización de los Talleres Macro regionales: Ayacucho, Cusco, Pucallpa y Trujillo -- Consulta Nacional Descentralizada del Borrador del Anteproyecto de Ley de Participación Ciudadana y Cogestión en Salud" Lima: DFID-Pathfinder Internacional. Febrero, 2004.

Salazar F, Carrasco V, Arroyo J, & Mendoza W (no date) 'El Programa de Salud Básica para Todos y los Comités Locales de Administración de Salud: Dos Modelos de Reforma para la Red Periférica. Peru 1994-1996,' *Investigaciones en Salud Pública*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Sen, Amartya (2000) Development as Freedom. New York: Alfred A. Knopf.

Sobrevilla A (2002) 'Proposals for Improvement of Co-management of Public Health Services,' Lima: Ministry of Health.

Taylor, C (1996) 'Evaluation and Report on Strengthening a National Co-Managed System of Primary Health: Report to the Honorable Minister of Health,' Lima: Pan American Health Organization. <http://www.future.org/publications/evaluation-and-report-strengthening-national-system-community-co-managed-primary-health>

Taylor-Ide, D & Taylor, CE (1995) *Community-Based Sustainable Human Development: A Proposal for Going to Scale with Self-Reliant Social Development*, New York: UNICEF Environment Section. <http://www.future.org/publications/community-based-sustainable-human-development>

Taylor-Ide, D & Taylor, CE (2002) *Just and Lasting Change: When Communities Own Their Future*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press in collaboration with Future Generations. <http://www.future.org/publications/just-and-lasting-change>

Valdivia, M (2002) 'Public health infrastructure and equity in the utilization of outpatient health care services in Peru,' *Health Policy and Planning* 17(Supple): 12-19.

Velarde, N & Sobrevilla, A (2002) 'Proposals for Adjustments to the CLAS Model and for the Development of Other Experiences of Co-Management in Health,' Lima: Ministry of Health.

Vera, JC (1994) 'Modernization and opening of health services to participation of the private sector.' In: *The Privatization of Health on the Road to Modernity*. Institute for Free Market Economy.

Vera, JC (2007) Personal communication.

Vicuña, M, Ampuero S, & Murillo J (2000) 'Analysis of Effective Demand and Its Relation to the Management Model in Primary Health Care Facilities: Evaluation of the Shared Administration Program,' Lima, Peru: Ministry of Health-PAAG-SBPT-AC.

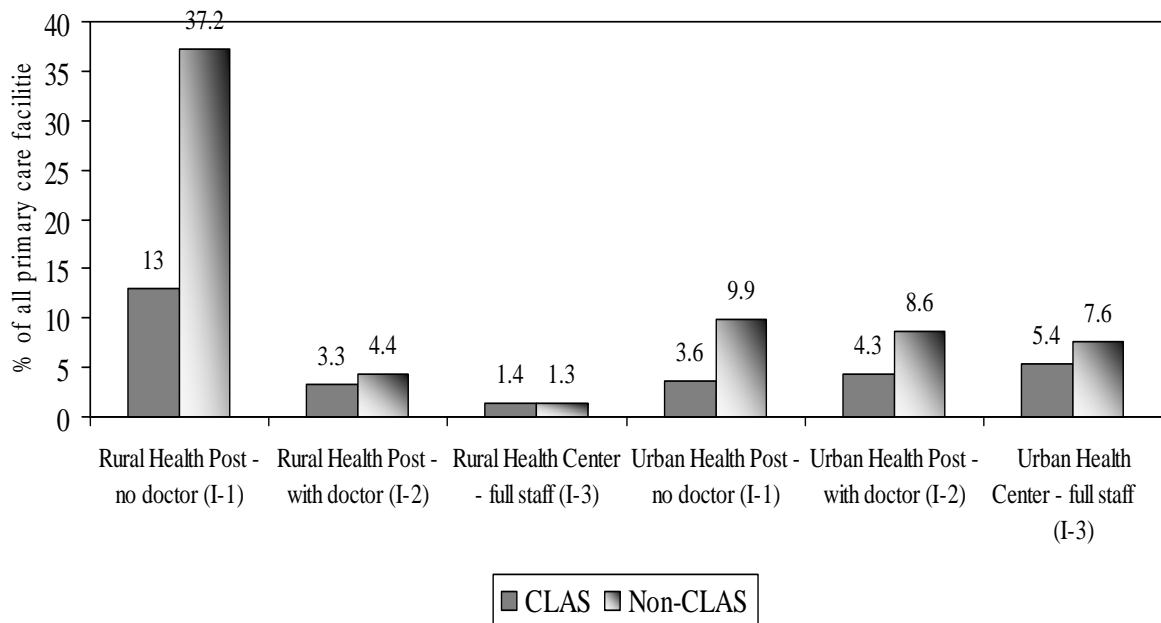
Wallerstein, N (2006) What is the evidence of effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report; <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf> , accessed 20-08-2009).

Webb, R & Valencia, S (2006) 'Human resources in health and public education in Peru,' In: Cotlear, Daniel (Ed.) *A New Social Contract for Peru: How to achieve a better educated, healthier, and more solidary country?* Washington, D.C.: World Bank.

World Bank (2001) Report on the World Development 2000.

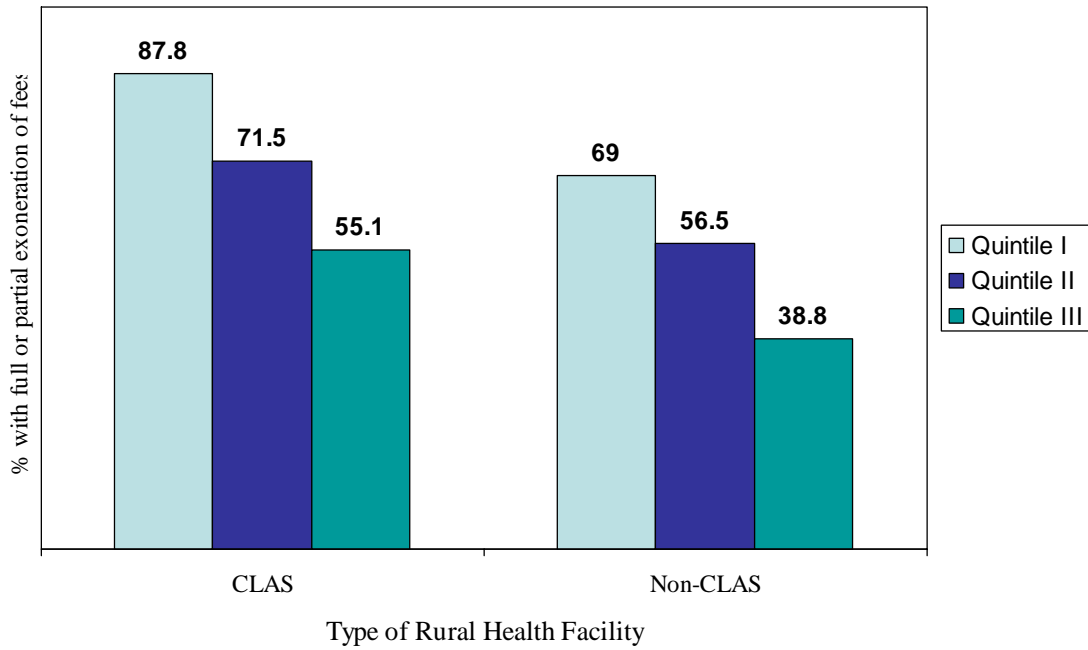


Graph 1: Proportional distribution of 6,871 Ministry of Health primary health care facilities by level of categorization and whether CLAS or non-CLAS: 2006



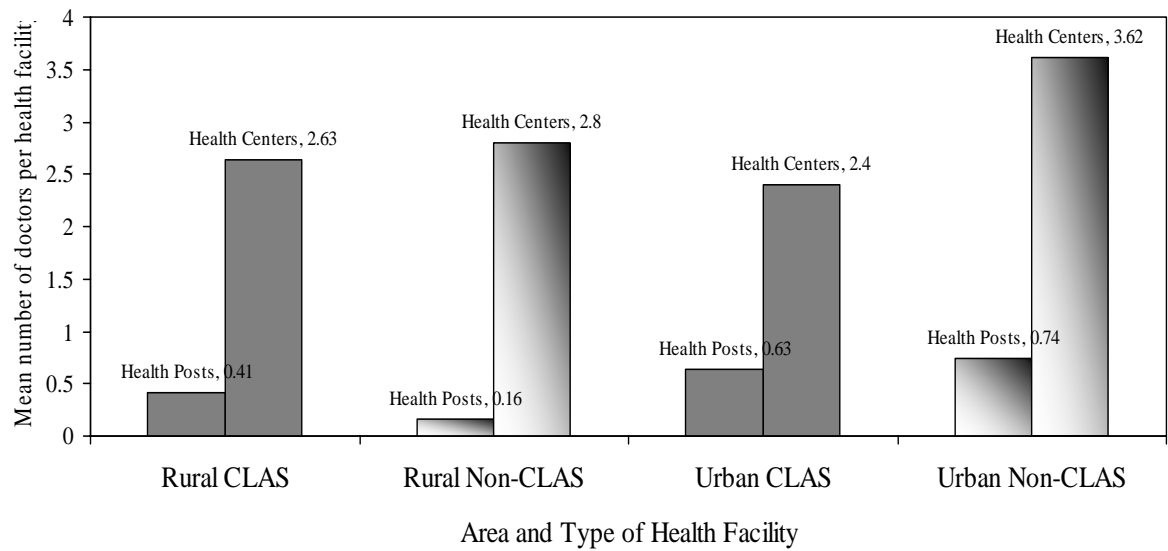
Source: Prepared by author. Data from 2006 National Inventory of Infrastructure, Equipment, and Human Resources. Lima, Peru: Ministry of Health). (Category I-3 includes I-3 and I-4)

Graph 2: Percent of patients in three lowest income quintiles with full or partial exoneration of fees, by type of rural facility



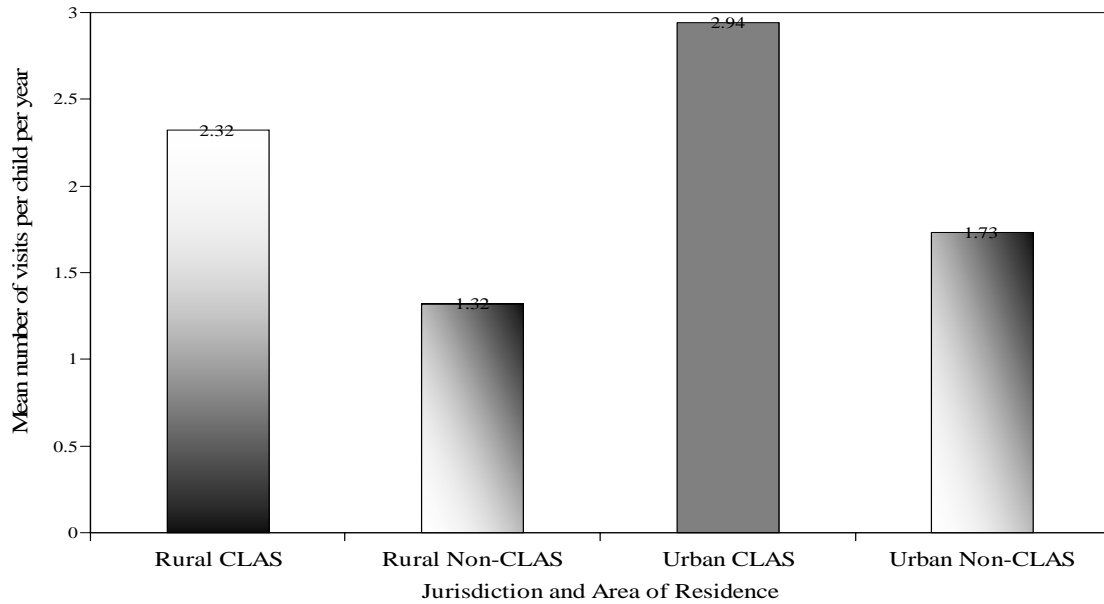
Source: L. Altobelli (1998) Health reform, community participation, and social inclusion: the Shared Administration Program. Lima, Peru: UNICEF. (Data used from the 1997 National Living Standards Survey in Peru)

Graph 3: Mean number of physicians per facility by whether CLAS or non-CLAS, rural or urban: 2006



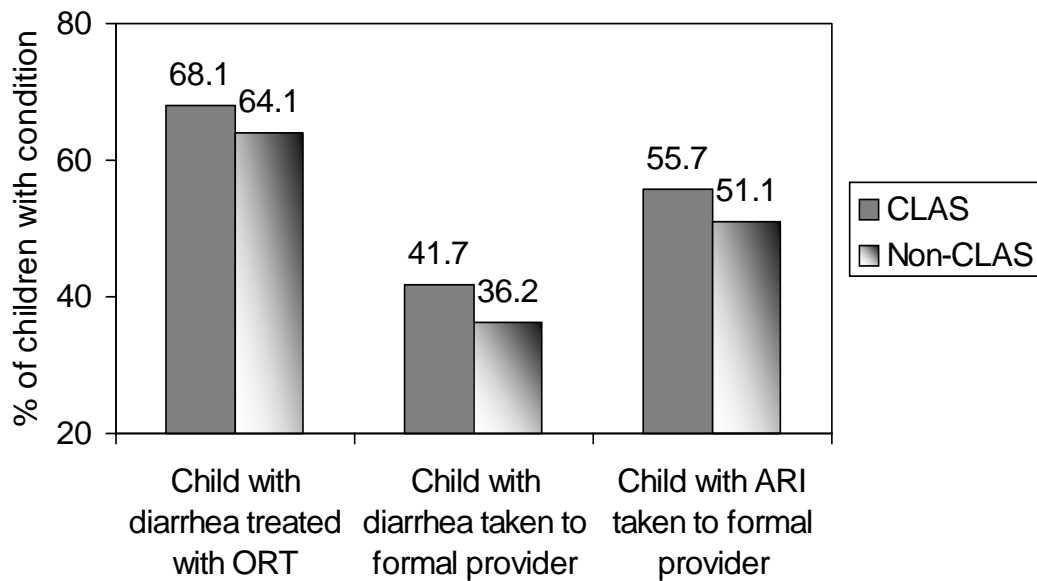
Source: Prepared by author. Data from 2006 National Inventory of Infrastructure, Equipment, and Human Resources. Lima, Peru: Ministry of Health).

Graph 4: Average number of annual clinic visits per child by residence in a jurisdiction of CLAS or non-CLAS, rural or urban: Cusco, Huánuco, La Libertad Regions 2002

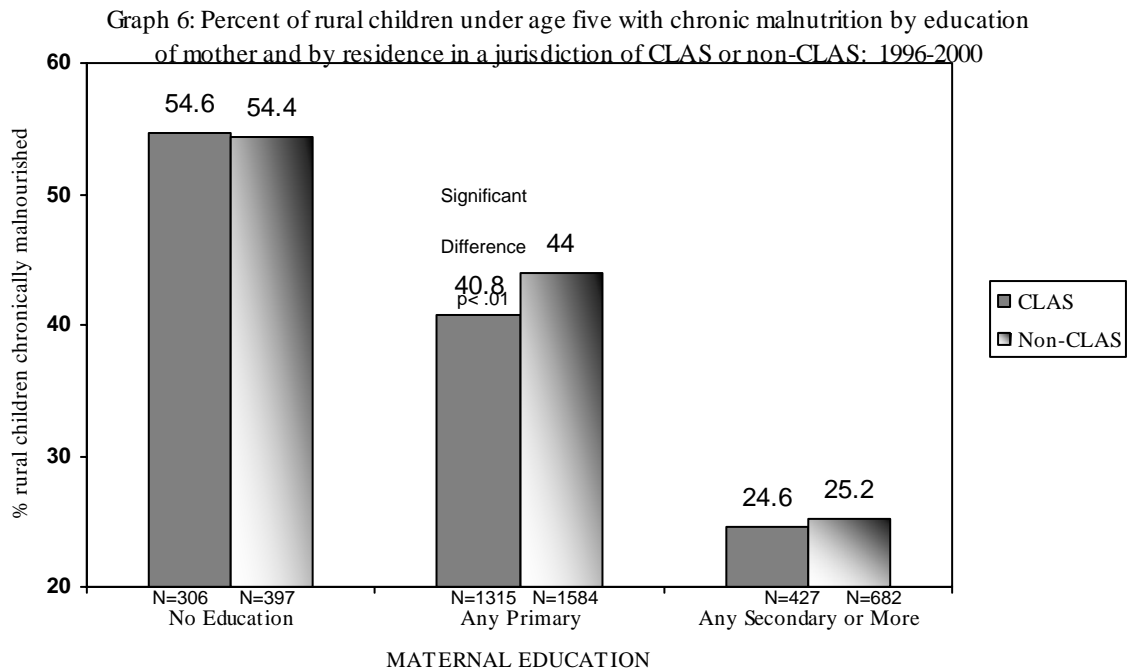


Source: Altobelli, L and A. Sovero (2004) Cost-Efficiency of CLAS Associations. Lima: Future Generations with support from DFID. [www.future.org](http://www.future.org) (Data based on Integrated Health Insurance (SIS) reimbursements for Plan A - Children 0-4 Years of Age 2002)

Graph 5: Percent of rural mothers seeking health care for a sick child under age five, by residence in a jurisdiction of CLAS or non-CLAS: 1996-2000



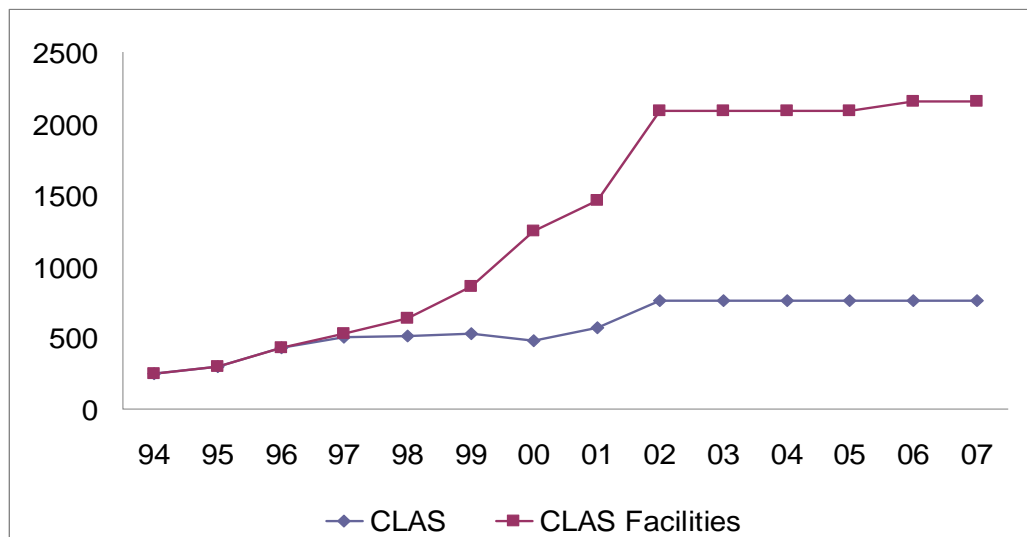
Source: Altobelli, L. (2006) Comparative Analysis of Health Impact and Health Services Utilization in CLAS and Non-CLAS Primary Health Care Services in Peru. Lima: Future Generations [www.future.org](http://www.future.org) (Data source: Peru Demographic and Health Survey IV, 2000)



Source: Altobelli, L (2006) Comparative Analysis of Health Impact and Health Services Utilization in CLAS and Non-CLAS Primary Health Care Services in Peru. Lima: Future Generations [www.future.org](http://www.future.org) (Data source: Peru Demographic and Health Survey IV, 2000)

Graph 7: Growth of CLAS and Number of Primary Health Care

Facilities Administered by CLAS from 1994 to present.



Source: Ministry of Health of Peru, 2007.