

---

# Introducción

El presente documento se formula en cumplimiento de los términos de referencia del Contrato entre el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud y el suscrito con el propósito de realizar un análisis sistemático de la experiencia ganada con la implementación del Programa de Administración Compartida (PAC) – Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), a partir de la documentación recogida en el PAC. Este análisis está referido al diseño, y los procesos de evaluación a que ha sido sometido desde su creación.

El presente informe se estructura en dos partes. La primera de éste identifica y resume el marco en el que se desenvuelve el Programa de Administración Compartida, esto es el proceso de modernización del Sub Sector Público de Salud y las experiencias sobre participación comunitaria que han venido desarrollándose en otros países.

La segunda parte comprende un análisis integrado de los aspectos más importantes de los documentos que con propósitos de evaluación han sido formulados para con el PAC-CLAS, haciendo al mismo tiempo el correlato respecto a la evolución del PAC – CLAS, tomando como puntos de referencia, el planteamiento original del diseño del Programa, y la situación actual del Programa de Administración Compartida. De acuerdo a este análisis se han extraído conclusiones sobre las condiciones de éxito y peligros para el desarrollo de la experiencia, así como las lecciones aprendidas durante el proceso.

Para la realización del presente informe se ha tomado contacto con la Coordinación del Programa de Administración Compartida – CLAS, con quienes se realizó la identificación de los posibles documentos fuente para la elaboración del presente informe, a partir de su archivo. Producto de la búsqueda se ha conseguido tener acceso a los siguientes documentos:

1. Decreto Supremo N° 01-94 SA del 2 de Mayo de 1994.
2. Directiva Base N° 01-94-SA/DM que norma la marcha y desarrollo del Programa de Administración Compartida de los establecimientos de salud del nivel básico de atención.
3. Informe Final de Consultoría. Dra. Patricia Paredes Solari. Programa de Administración Compartida. 1994
4. Informe Final de Consultoría. Dr. Rolando Ortiz Velarde. Programa de Administración Compartida. Agosto 1995.
5. Informe de Consultoría. Ingeniero Juan José Vera del Carpio. Programa de Administración Compartida. Agosto 1995
6. Informe Final de Consultoría: Eduardo O'Brien y María Barnechea. Evaluación del Programa de Focalización del Gasto Social Básico. Sub Programa Administración Compartida. Enero 1996.
7. Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Organización y Modelo de Gestión. El Programa de Salud Local. Nov. 1996
8. Comparative Analysis of Primary Health Care Facilities with Participation of Civil Society in Venezuela and Perú. Laura Altobelli, March 1998.

- 
9. Equidad y Calidad de los Servicios de Salud: El Caso de los CLAS. Rafael Cortez. Universidad del Pacífico. Setiembre 1998.
  10. Directiva 03 PAC-SA que norma el desarrollo del Programa de Administración Compartida como parte del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión.
  11. Evaluación Interna del Programa de Administración Compartida. Dr. Alfredo A. Sobrevilla Ricci. Abril 1999.
  12. Evaluación Externa del PAC. Programa Salud Básica Para Todos. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Abril 1999.

De otro lado, el Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud facilitó los siguientes documentos, a partir de su propio sistema de documentación:

1. Consideraciones para la Gestión del Programa de Administración Compartida. Dr. Nicolás Velarde. (Documento de Trabajo). Sin fecha. Programa de Administración Compartida, MINSA
2. El Programa de Administración Compartida y los Comités Locales de Administración de Salud. Informe al 30-01-98. Programa de Administración Compartida, MINSA
3. Situación del Modelo de Gestión del Programa de Salud Local y Elementos para su Ajuste. (Documento de Trabajo). Dr. Nicolás Velarde. Octubre 1998.

Finalmente, se realizaron entrevistas con cuatro informantes clave que desde la implementación inicial del PAC, y hasta el momento, han mantenido contacto cercano con este programa, y que pueden, en consecuencia proporcionar información de primera mano sobre aspectos que eventualmente no hayan sido tocados por las evaluaciones y documentos antes mencionados.

---

# 1. El Proceso General de Modernización del Subsector Público MINSA

---

## 1.1 Generalidades

La Política de Salud vigente se orienta hacia el acceso universal y equitativo de los servicios de salud. Ello significa, que con el ritmo actual de trabajo, hacia el año 2005, el Perú debe contar con un sistema integral de atención la salud, liderado y promovido por el Estado, con una participación articulada por los principales agentes involucrados en la prestación y en financiamiento de los servicios como ESSALUD, el Ministerio de Salud y del Sector Privado.

No obstante haberse conseguido importantes avances acumulativos en el campo sanitario, éstos no han sido suficientes para resolver los problemas que aún enfrenta el país en el campo de la salud individual, especialmente si la atención que se brinda a los usuarios debiera mejorar los niveles de calidad y calidez y si, como sabemos, existe un porcentaje cercano al 20% de la población que aun no tiene acceso regular a los servicios de salud individual<sup>1</sup>.

Así mismo se tiene un sistema de asignación de recursos regresivo, que se manifiesta en una – todavía – mala distribución de los profesionales de la salud con persistente déficit de éstos en las zonas rurales y exceso en las áreas urbanas, lo que genera innecesarios niveles de desempleo y subempleo en estas ramas profesionales.<sup>2</sup> Por otro lado, el sector privado no cuenta con el marco regulatorio adecuado que genere condiciones de flexibilidad e incentivos necesarios que posibilite optimizar sus recursos, incrementar su productividad, elevar su calidad y hacer accesible sus servicios de salud a los más pobres y vulnerables.

En consideración de esto, la modernización institucional incluye:

- a. La reestructuración de la organización y funciones del Ministerio de Salud;
- b. Un nuevo ordenamiento institucional para la producción de servicios;
- c. Nuevos arreglos para el financiamiento de los servicios.

---

<sup>1</sup> Focalización del Gasto Público en Salud.- Ministerio de Salud . Pedro Francke.1998. "De acuerdo con el Ministerio de Salud (MINSA 1996), un 20% de la población carece de acceso a los servicios de salud; sin embargo información más reciente (GTI 1997),indica que ese porcentaje se ha reducido al 15%".

<sup>2</sup> Los Profesionales del Sector Salud:Problemas y Propuestas. Documento de Trabajo del Banco Mundial preparado por Richard Webb.1998. "...thus, in 1964 the number of physicians per thousand of persons in Lima was 1.57 and 0.34 in the rest of Perú, a differential of 4.6 times. By 1996, the ratios were 2.15 and 0.75 respectively, a difference of 2.8 times....".

---

### **1.1.1 La reestructuración de la organización y funciones del Ministerio de Salud**

La propuesta vigente concibe al Ministerio de Salud como órgano eminentemente de gobierno. Por consiguiente propone que aquellas funciones o actividades que no se relacionan estrictamente con la tarea de gobierno, como es la administración y producción de los servicios, sean desvinculadas de la institución<sup>3</sup>.

Siguiendo esta lógica, las funciones o actividades de administración y producción de servicios, de acuerdo a su naturaleza, deberán ser progresivamente descentralizadas hacia instituciones cuya personería sea distinta a la del MINSA, es decir, instituciones públicas que tengan autonomía técnica y administrativa, como universidades, organismos no gubernamentales, etc.

El Ministerio de Salud al reservarse la función de gobierno, tiene su principal preocupación en tareas de: determinación de políticas públicas, regulación sectorial, supervisión del cumplimiento de las normas sanitarias, desarrollo de las relaciones internas y externas que aseguren los recursos necesarios, regulación de los mercados de salud, rendición de cuentas a la ciudadanía sobre el estado de salud y sobre el uso de los recursos públicos que se le encomiendan.

Esto a su vez, implica la necesidad de reconfigurar la organización actual del Ministerio de Salud. Este cambio organizacional se reflejaría concretamente en una organización plana de pocos órganos, lo que a su vez facilita integrar mejor las políticas sectoriales. Esta nueva estructura sería de carácter más flexible y permitiría componer equipos de acuerdo a los problemas que se busque resolver, sin recurrir a la creación de un número excesivo de órganos intermedios y jerarquías administrativas, que aunque más estructuradas, suelen ser también más lentas.

### **1.1.2 Organización del aparato prestador y modelo de atención a los usuarios.**

La organización actual de la prestación de los servicios es considerada como no ideal e incluso, deficiente<sup>4</sup>. Entre las deficiencias usualmente mencionadas, se encuentran las siguientes:

- Inadecuada sistematización y definición de las actividades de atención producidas en el establecimiento.
- Falta de protocolos que normalicen de manera completa diversos aspectos de la prestación. (Aunque se cuenta con algunos protocolos para actividades específicas en algunos sub programas de salud, faltan sobretodo los

---

<sup>3</sup> La Sociedad Post Capitalista. Peter Drucker. 1994 ..."Una organización es eficiente únicamente si se concentra en una sola tarea.... la organización es un instrumento y como todo instrumento, cuanto más especializado, mayor es su capacidad de rendimiento en la tarea que le compete..".

<sup>4</sup> Modelo de Prestación de Servicios del PSNB para el Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud.- Programa de Salud y Nutrición Básica. 1999.

---

relacionados a flujos de atención, procedimientos administrativos y manejo de casos más frecuentes).

- Carencia de criterios adecuados para la estimación y asignación de recursos humanos, materiales y económicos en la ejecución de actividades de salud.
- Ausencia del rol de conducción o dirección en los niveles de ejecución de los servicios e imprecisión de las diversas tareas gerenciales que le corresponden al encargado de los servicios
- Definición y ejecución insatisfactoria de las tareas administrativas locales que están involucradas como parte de cada atención que brinda el personal.
- Desintegración entre los establecimientos con niveles de complejidad complementarios.

Al mismo tiempo, su cobertura no representa sino una parte muy reducida del total de los principales riesgos de la población, así como del total de atenciones que heterogéneamente brindan los establecimientos de salud; por otro lado no existen relaciones adecuadas de referencia y contra referencia entre establecimientos de menor y mayor complejidad, existiendo, incluso la fragmentación entre los distintos servicios de un hospital.

Frente a esta realidad hay algunos avances respecto a lo que debe constituir el grupo de atenciones prioritarias, agrupadas en lo que se viene llamando “Plan Garantizado de atenciones de Salud”. Este plan se ha venido aplicando bajo el sistema de seguro escolar y del seguro materno infantil. Sin embargo queda pendiente la superación de las debilidades de la información epidemiológica, de producción y de efectividad de las intervenciones que permita ampliar el conocimiento de las intervenciones prioritarias y ordenamiento de la oferta de servicios hacia niveles de mayor complejidad.

También se ha avanzado en el diseño de la propuesta de modelo de atención que propugna una integralidad de sus atenciones, estando pendiente una sistematización de experiencias positivas en este campo y mayores precisiones en el sistema hospitalario y la relación entre los hospitales y las redes.

Finalmente con relación a la gestión se ha promovido la participación de la sociedad civil en la conducción de los establecimientos de salud a través del funcionamiento de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Actualmente 1,092 establecimientos de salud se encuentran funcionando bajo este régimen y se piensa extenderlo mediante su agrupación en micro redes y su incorporación funcional en redes. Esta es una de las experiencias más exitosas que ha emprendido el Ministerio de Salud en los últimos años.

### **1.1.3 Reforma del Financiamiento.**

Uno de los objetivos de la política social del gobierno es la extensión de la cobertura de servicios de salud a la población de mayor pobreza que no tiene un acceso regular a estos servicios ni por parte del Ministerio de Salud ni por sistemas contributivos.

---

El papel del sub sector publico de salud es central para el logro de este objetivo en la medida que es principal proveedor de servicios de salud individual para la población pobre del país. Por esta razón es importante que los recursos se orienten al logro de la equidad, y que sus intervenciones se realicen con criterios de eficacia, eficiencia y calidad.

En la actualidad la asignación de recursos públicos es regresiva, concentrándose el financiamiento publico en los departamentos menos pobres.<sup>5</sup> Esto se manifiesta en una mala distribución de la infraestructura, equipos y de profesionales de la salud con persistente déficit de estos en las zonas rurales. Adicionalmente la política aún vigente de cobros por las prestaciones pone en riesgo el servicio a los más pobres y vulnerables.<sup>6</sup>

La reforma del financiamiento busca generar los incentivos que progresivamente aseguren el acceso los servicios de salud en forma regular a las poblaciones en estado de pobreza, así como instalar las condiciones que hagan posibles determinados niveles de complementación y competencia entre las diferentes instituciones prestadoras de salud. Todo ello dirigido a estimular la eficiencia y calidad de los servicios.

Teniendo a la equidad como criterio fundamental, se plantea una mejor asignación, focalización y empleo de los recursos públicos.

En lo que se refiere a la asignación territorial de los recursos presupuestales se cuenta con una metodología de asignación capitada que combina técnicas cartográficas y criterios demográficos de pobreza riesgo biológico y grupos poblacionales objetivo que permitirá al MINSA revertir progresivamente el patrón de distribución regresivo entre regiones o departamentos y al interior de las mismas.

Con relación a la focalización del gasto en salud se cuenta con avances importantes en el diseño y proceso de validación del Plan Garantizado y el sistema de identificación de usuarios (SIU). Con el SIU se busca orientar el gasto publico a la atención de los grupos poblacionales de menores ingresos en el ámbito rural e individualizado o por familias en el ámbito urbano con el segundo atender las enfermedades de mayor prevalencia que afecta a estos grupos y consecuentemente aplicar las intervenciones de salud de mayor costo efectividad dirigidas a resolver dichas enfermedades.

En relación con el empleo de los recursos, la reforma plantea instaurar una nueva modalidad para financiar los servicios de salud individual, orientada hacia la demanda y no, como ahora hacia los factores de la producción.

---

<sup>5</sup> Op.Cit Focalización del Gasto Público en Salud. Ministerio de Salud. 1998. "... se puede apreciar que existen diferencias sustanciales entre departamentos: la relación entre departamentos con mayores necesidades – Huancavelica – y el que tiene menores necesidades – Callao – es de 4 a 1 ". Pag. 35.

<sup>6</sup> Op. Cit. Focalización del Gasto Público en Salud. Ministerio de Salud. 1998. "...En esto casos, es evidente que, dado el nivel de ingresos de la mayoría de la población en el Perú, aquellos que no logran una exoneración del pago pueden verse en grandes dificultades para recuperar su salud...Existe un gran desorden entre regiones, incluso al interior de éstas, lo que lleva a una gran variabilidad no sólo en valores absolutos, sino también en la relación entre distintos tipos de consulta y establecimientos". Pag. 31.

---

La introducción de estos nuevos mecanismos buscan mejorar la administración de los servicios con miras a elevar la eficacia, eficiencia y calidad de las intervenciones.

Con el financiamiento a la oferta lo que se viene haciendo es sostener los gastos fijos de los establecimientos, sin tomar en consideración las características de su demanda ni los niveles de productividad de estos. Hoy, a los establecimientos les da igual atender un promedio de tres o cuatro consultas al día o atender una carga normal de dieciséis consultas diarias por profesional. Al financiar la oferta lo que se viene haciendo es propiciar la ineficiencia y la baja productividad, y lo que se busca es, por el contrario, que los establecimientos de salud tomen una actitud más proactiva para mejorar su rendimiento y la calidad de sus servicios.

El avance en la reforma del financiamiento se medirá con relación al aumento del acceso regular de las poblaciones en situación de pobreza a los servicios de salud individual, así como instalar condiciones para asegurar una sana competencia y complemento de servicios que estimule la eficiencia y calidad de las intervenciones y otorguen capacidad a los usuarios para elegir el establecimiento de salud de su preferencia.

Se cuenta con un importante avance en el desarrollo de los mecanismos y de los instrumentos para operar la reforma financiera algunos de los cuales vienen siendo aplicados y otros se encuentran en proceso de validación en el marco de lo que se vienen denominando las aplicaciones iniciales de la reforma del sub sector público.

---

## 2. La Participación Comunitaria en el Perú y en otros Países

---

### 2.1 La comunidad: ¿Qué es?

Las comunidades no son simplemente colectividades territorialmente delimitadas. Para elaborar una definición de comunidad es preciso remontarse a una cuestión previa y fundamental: el vínculo sociedad – individuo.

Cada uno de los individuos es influido de manera determinante, a lo largo de su vida, por la sociedad de la cual forma parte: el lenguaje, creencias, valores, costumbres, aspiraciones, entre otros aspectos de la personalidad del individuo están ligados a las condiciones histórico sociales de su existencia. Del mismo modo que los individuos en su condición de portadores o protagonistas intervienen activamente en el sistema de relaciones sociales. Esta situación determina un vínculo dialéctico entre el individuo y la sociedad.

Las comunidades se constituyen a partir de una cierta unidad social, esto es de ciertas condiciones objetivas de existencia en común, con el consiguiente intercambio de actividad social entre individuos y grupos.

Es de la mayor importancia considerar que las comunidades son sujetos colectivos de proceso; es decir, no se originan y desarrollan por la sola existencia física de una pluralidad de personas en un mismo espacio territorial.

La convivencia poblacional física en un medio caracterizado por ciertas circunstancias objetivas de vida es la base material para el proceso generador y reproductor de la comunidad que posibilita el desarrollo de otros tres componentes que le dan cuerpo al concepto de comunidad; esto es organización, intersubjetividad y acción común.

La organización es el proceso mediante el cual la colectividad desarrolla ciertas formas relativamente consistentes de relación entre sus miembros, en procura de ciertas metas comunes. Es siempre un proceso complejo, por cuanto involucra normas, valores, sanciones, liderazgo, comunicación, etc.

La intersubjetividad es el intercambio de procesos de conciencia social. Al compartir las actividades cotidianas y determinados problemas, los miembros de la comunidad tienden a desarrollar una identificación o conciencia de pertenencia y diversas representaciones acerca de la realidad. El término de "concientización" designa el producto psicosocial de esta intersubjetividad.

Por último las comunidades como sujetos colectivos pueden desarrollar acciones comunes, con persistencia variable y con una mayor o menor solidaridad. Puede decirse que estas acciones sintetizan o ponen de manifiesto la capacidad de organización

---

alcanzada, al tiempo que contribuyen reforzarla y retroalimentan las diversas formas de intersubjetividad desarrolladas por la comunidad.

## 2.2 La participación social.

Mucho se ha escrito sobre participación, pero no existe una sola interpretación práctica del significado de este concepto que haya sido universalmente aceptado en las actividades de desarrollo. La participación comunitaria ha sido asumida como bandera por defensores de posiciones políticas diversas; proclamada, desde diferentes puntos de vista, como elemento indispensable para disminuir los costos y multiplicar los beneficios del empleo de recursos escasos o como imperativo ético rechazando la cosificación de la población y reivindicando su potenciación como sujetos históricos en la construcción de sus futuros. Esto se debe a que “participación” es un término tan amplio que puede ser entendido y puesto en práctica de muchas diferentes maneras. La revisión de experiencias muestra que la participación comunitaria puede ser entendida como colaboración, cogestión, autogestión, y negociación<sup>(7)</sup>

- a. Cuando la entidad gubernamental patrocina, tutela o solicita la colaboración de los usuarios sin que éstos tengan injerencia en la conducción o gerencia del proceso, excluyéndolos de la discusión de las razones y de la elección de las opciones. En términos prácticos, se busca obtener mano de obra u otros recursos adicionales a costo reducido y muchas veces a título gratuito. Aún cuando esta práctica trae consigo beneficios inmediatos, deviene en una práctica manipulatoria que instrumentaliza a la población para agilizar las acciones institucionales. Asimismo, tiende a volverse infecunda y a desdibujarse en el tiempo.
- b. Cuando los usuarios intervienen en la toma de decisiones; que supone un nivel de descentralización así como de los mecanismos que le son inherentes. La *cogestión* es la participación de la comunidad en la toma de decisiones, y, en tanto eso, supone descentralización y democratización del poder y de los mecanismos para acceder a él. Sin embargo, el sistema de salud basa sus prácticas en saberes “incuestionables” sobre los cuales se construyen sus elementos técnicos y administrativos, de modo que tienden a ser “autosuficientes”, por lo que suelen ceder a la población insuficiente poder resolutivo, más aún tratándose de una estructura jerárquica en la que las decisiones se toman centralizadamente. Si, además de ello, se encuentra en el personal una actitud que desconoce los derechos de los usuarios, los servicios se vuelven repelentes a la población, ahuyentando también las posibilidades de participación
- c. Cuando se da la autogestión, que constituye una forma de participación más independiente de la voluntad institucional. La *autogestión* es la gestión autónoma de los recursos comunitarios. Frecuentemente surge de grupos comunitarios para dar respuestas a problemas concretos. Estas experiencias suelen ser limitadas por los

---

<sup>7</sup> De Roux, Gustavo: “Participación y Cogestión en Salud”. En: **Educación Médica y Salud**, Vol. 27, N° 1. Washington: PAHO, 1993.

---

costos que implican los programas, por lo que generalmente recurren al aparato estatal para su sostenimiento. Esta negociación por recursos culmina muchas veces en un sacrificio de la autonomía, por lo que la experiencia de autogestión se diluye como tal por el efecto restrictivo de las condiciones de financiación.

- d. La lógica de la *negociación* es diferente. Dentro de ella, se le asigna al Estado la responsabilidad del desarrollo social y la oferta de servicios, concentrándose la participación en las cuestiones relacionadas a la cobertura y calidad de la oferta, así como su control, sin inmiscuirse en los aspectos referidos a la operacionalización de la oferta de servicios. Para que esto sea posible, el fortalecimiento de la sociedad civil es una precondition necesaria, así como la conciencia, por parte de ésta, de sus derechos y la disposición a defenderlos cuando se ven afectados.

Estas diferentes formas de participación, en la realidad no se excluyen mutuamente. Para su incorporación en las acciones de salud hay que verlas en la perspectiva de su eficacia con respecto a objetivos de salud y en la óptica de su contribución a la formación de ciudadanos con criterio, afirmación, conciencia y capacidad para decidir y actuar con responsabilidad.

---

En el marco de las nuevas políticas del sector en el contexto de la reforma, se plantea que el individuo debe ampliar su participación en la toma de decisiones, ubicándolo como el centro de las actividades del sector, debiendo generarse las condiciones que le permitan ejercer su libertad de elección, sustentada en una adecuada información sobre los servicios y el ejercicio de sus derechos.

Se agrega a esta estrategia la necesidad de hacer un esfuerzo por socializar y difundir la reforma del sector a su interior y fuera de éste, con el fin de abrir canales de comunicación y participación ciudadana activa en la reforma del sector salud.

La participación ciudadana en salud, se entiende como un proceso de generación de capacidades locales, a ser desarrolladas por los actores que lideran la salud en cada zona, así como de los usuarios, con el fin de definir responsabilidades intersectoriales e interinstitucionales para la satisfacción de necesidades locales en salud. En su sentido esencial como la intervención de la población en los procesos de toma de decisiones, en la ejecución de programas, su beneficio y disfrute de los resultados de la ejecución y su intervención en los esfuerzos encaminados a evaluar dichos programas.

Todo proceso en el que se adoptan decisiones es susceptible de participación de grupos organizados e individuos, influencia que – al margen de su intensidad – optimiza el uso de recursos económicos o políticos. Una estrategia de participación debe tender al equilibrio entre la promoción de la participación como fortalecimiento de los actores de la sociedad civil y la participación como desarrollo del aparato institucional en el que se toman las decisiones.

La adopción de decisiones con participación recibe diversas lecturas e interpretaciones. El Banco Mundial, por ejemplo, complementa categorías como "empoderamiento" ("generar poder en", "dotación de capacidad de decisión") para una más equitativa distribución del poder con el incremento de la capacidad de los beneficiarios; el mejoramiento de la eficacia definida como el grado en que los objetivos son logrados; el compartir costos una vez que se los comprenda y se acuerde; y, el logro de la eficiencia medida por niveles más altos de acuerdo, cooperación e interacción.

Operativamente, la participación social institucionaliza y viabiliza a la demanda. Por un lado, la demanda queda enmarcada en los límites discursivos y prácticos del Estado. Por otro lado, la institucionalización permite la interacción concertada de la sociedad – y no solamente del Estado – para diseñar soluciones y responsabilidades.

La participación social ha sido concebida como un medio y como un fin. Como un medio, sirve para el logro de los objetivos o metas preestablecidas; los resultados de la participación en forma de metas predeterminadas son más importantes que el acto de participación. En este caso, los organismos que promueven la participación ven en ella un medio para mejorar la eficiencia en la gestión de sus sistemas de prestación.

La participación también es considerada como un fin en sí mismo, ya que presupone sentar las bases para que la gente pueda intervenir directamente en todo el proceso de decisión, sea de un proyecto, plan o actividad. Al tener el proceso un carácter participatorio pueda ser más fácilmente sujeto de apropiación.

---

Por estas razones, la participación comunal no puede sólo restringirse a la corrección de errores o incapacidades estatales para gestionar sus recursos del desarrollo. Debe verse también como una oportunidad de legitimación del Estado y de sus acciones.

## **2.3 Modalidades Comunes de Participación Comunitaria en el Perú<sup>8</sup>**

### **2.3.1 La Participación de Autodefensa**

Esta es una modalidad de participación donde la comunidad se organiza para defender los intereses colectivos frente a amenazas externas. Las rondas campesinas, organizadas inicialmente en la provincia de Chota (Cajamarca) para defenderse contra los abigeos de la zona, sirvieron más adelante como ejemplo para la organización de rondas urbanas en las grandes ciudades para combatir la delincuencia.

A partir de 1992, el gobierno utiliza esta modalidad de participación para contrarrestar la violencia subversiva; así organiza con marcado éxito los Comités de Autodefensa en las zonas rurales y selváticas en los departamentos donde campeaba la violencia.

### **2.3.2 La Participación como Sobrevivencia**

Cuando una sociedad como la nuestra se encuentra permanentemente en crisis y las necesidades básicas no son satisfechas, surgen, desde la sociedad, formas solidarias de organización colectiva para resolver sus problemas cotidianos de sobrevivencia. Las familias que individualmente están imposibilitados de alimentar a su entorno familiar, se agrupan con otras familias y crean organizaciones como los "Clubes de Madres", "Comités de Vaso de Leche"; "Comedores Populares" etc.

### **2.3.3 La Participación para el Desarrollo**

Son modalidades de participación donde la comunidad se organiza para identificar necesidades básicas colectivas, y cuya solución tiene un impacto positivo en la comunidad. Para ello, la comunidad organizada recurre a organizaciones públicas o privadas (ONGs) para la elaboración de proyectos y búsqueda de fuentes de financiamiento. Los Comités Pro Agua Potable; Pro Electrificación son ejemplos de esta participación, aún cuando éstos se disuelven una vez conseguidos los objetivos propuestos.

---

<sup>8</sup> Mecanismos de Participación Social en el Perú. Manuel Montoya. INAP Mimeo. Lima. 1988.

---

## 2.4 La Participación Comunitaria y la Salud

Si el término *Participación Comunitaria* es utilizado en su sentido más amplio, se tendría que incluir en él a todas las representaciones y acciones protagonizadas por la comunidad y que tengan algún efecto, positivo o negativo, en su salud.

Es evidente que en el campo de la Salud Pública, el concepto no es manejado en esta acepción amplia y se le asigna una connotación valorativa; no se hace referencia con él a cualquier clase de participación comunitaria sino a ciertas cualidades deseables o positivas a alcanzar en y con este proceso: autorresponsabilidad; autosuficiencia y otras metas de carácter progresivo.

Con la participación comunitaria se pretende conseguir la intervención consciente y activa de la población en las diversas fases y actividades del proceso de salud:

1. La identificación de sus problemas de salud
2. La determinación de las prioridades en función de la magnitud, importancia y urgencia de sus problemas.
3. La definición de sus formas de resolver los problemas prioritarios, teniendo en cuenta la naturaleza del problema, la disponibilidad de recursos, su apropiada combinación para obtener los resultados que se persiguen considerando las peculiaridades regionales y locales.
4. La toma de decisiones respecto a los planes y programas;
5. La administración de los servicios de salud incluyendo el seguimiento, la evaluación y el control social de las actividades de salud.

### 2.4.1 ¿Cuales son las razones por las que se promueve la participación comunitaria en salud?

La Asamblea Mundial de la Salud (1977)<sup>9</sup> decidió que la principal meta de los gobiernos y de la OMS debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma -Ata (1978), declara que la Atención Primaria de Salud es la clave para alcanzar dicha meta.

El párrafo IV de dicha declaración asume que *El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y cuidado de su atención de salud* y; cuando se refiere en el numeral VII a la **Atención Primaria en Salud**, dicha declaración afirma que: *La atención primaria en salud exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria en salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales* y de

---

<sup>9</sup> Declaración de Alma Atta. OMS. 1977.

---

*otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar.*

En nuestro país, la implementación de estrategias dirigidas a mejorar la participación comunitaria se vio facilitada en base a consideraciones de:

1. **Pertinencia**; es decir en el reconocimiento de la comunidad como sujeto activo en el proceso de la salud y enfermedad, siendo el mas indicado para aportar en la identificación de los problemas de salud y el planteamiento de las alternativas de solución.
2. **Pertenencia**; los servicios de salud como servicios públicos son responsabilidad de todos los miembros de una comunidad sin exclusión de ninguna naturaleza.
3. **Libertad**; los usuarios tienen el derecho a la libre elección de los servicios ofertados, bajo criterios sustentando en el derecho de exigir la información técnica y veraz de los servicios de salud que se le ofrecen, y el derecho al libre acceso a participar en la elaboración de los planes y estrategias y control de las actividades.
4. **Equidad**; todos los miembros de una comunidad tienen el derecho de acceder a las actividades de salud ofertados por los servicios de salud sin distinción alguna.
5. **Poder**; la comunidad participa en realidad, solo si tienen la capacidad de tomar decisiones sobre las acciones el control sobre el manejo de los recursos y participación en las acciones.

#### **2.4.2 La Participación Comunitaria en Salud en el Perú.**

Todos los gobiernos del Perú han alentado con mayor o menor intensidad los procesos participativos en el campo de la salud.

Sin embargo en el año de 1985, cuando el Dr. David Tejada de Rivero ejercía las funciones de Ministro de Salud, es que la participación comunitaria forma parte sustantiva de la Política Nacional de Salud del Gobierno.

Dos de los lineamientos de política del Sector Salud del gobierno de entonces, estuvieron orientados a promover la participación comunitaria (Ver Cuadro 1)

1. Movilización y participación del pueblo organizado en todos sus estratos y a todos los niveles del sistema de salud
2. Descentralización efectiva de los servicios de salud, con delegación de autoridad y de responsabilidad hasta el establecimiento de nivel local más periférico

A fin de estimular la descentralización y la participación, se crean 25 Unidades Departamentales de Salud (UDES), y dentro de la estructura de cada una de ellas, a las Unidades Territoriales de Salud (UTES), como órganos responsables de la salud de la población del ámbito de su responsabilidad, con autonomía presupuestal. De igual forma se constituía en cada UDES una Oficina de Participación Comunitaria responsable de organizar la movilización de la comunidad organizada en los procesos de cuidado de la salud colectiva. Otro rasgo interesante de los esfuerzos de descentralización sanitaria del gobierno de entonces fue la celebración de los

---

**Cuadro 1.** Lineamientos de Política del Sector Salud. David Tejada de Rivero (1985)

**Movilización y participación del pueblo organizado en todos sus estratos y a todos los niveles del sistema de salud.**

Esta es la condición indispensable y eje central de la nueva política de salud, clave de la democratización de la salud en el país.

Se pretende conseguir la intervención consciente y activa del pueblo en las diversas fases y actividades del proceso de salud, como condición indispensable y eje central de la nueva política nacional de salud. La movilización popular debe surgir de las organizaciones populares existentes, las organizaciones voluntarias y las que el pueblo decida crear. Este proceso de organización debe ser promovido y apoyado por todas las instituciones del sector salud.

El pueblo organizado deberá participar en la identificación de sus problemas de salud; en la determinación de las prioridades en función de la magnitud, importancia y urgencia de sus problemas sentidos; en la definición de las formas de resolver los problemas prioritarios, teniendo en cuenta la naturaleza del problema, la disponibilidad de los recursos, su apropiada combinación para obtener los resultados que se persiguen considerando las peculiaridades regionales y locales; en la toma de decisiones respecto a los planes y programas, democratizando de esta manera el sistema de planificación; en la administración de los servicios de salud incluyendo el seguimiento, la evaluación y el control social de todas las actividades de salud.

La participación organizada del pueblo no se impondrá desde arriba, sino que deberá originarse desde la base misma de la comunidad. Esto significa que en todo momento, respetando la autonomía de las organizaciones de masas, se promoverá su desarrollo para que ejerzan sus responsabilidades con mayor información y capacidad.

El pueblo se convertirá también en el fiscalizador principal de las acciones en salud.

**Descentralización efectiva de los servicios de salud, con delegación de autoridad y de responsabilidad hasta el establecimiento de nivel local más periférico.**

Esta descentralización debe abarcar todo lo concerniente a la programación, la ejecución y la evaluación de las actividades de salud y al manejo de los recursos financieros, humanos, físicos y tecnológicos.

Se tiene que ir inmediatamente, a una total descentralización del MINSA y de las demás instituciones del sector. Los programas y las acciones de salud no pueden seguir siendo manejados desde Lima.

“*jampinacuy*” que eran foros de discusión grupal de temas sanitarios así como la organización de promotores de salud en todas las comunidades del país.

**Cuadro 2.** Lineamientos de Política del Sector Salud. Dr. Carlos Vidal Layseca. (1990)

- Salud Integral.-El desarrollo de acciones de salud integradas al accionar de otros sectores orientados al desarrollo social e inspirados en principios de equidad,corresponsabilidad y eficiencia, permitirá revertir el estado de deterioro de la calidad de vida.
- Salud responsabilidad de todos.- Promover el desarrollo de las acciones que realiza la sociedad a través de sus agentes sanitarios,institucionales y populares, en defensa de la vida y la salud de la población.
- Descentralización y regionalización.- Reorientar la atención , descentralizandola en los marcos de la regionalización nacional y transformando las estructuras sectoriales e institucionales con la participación de organizaciones sociales, ONG e instituciones del estado desde el nivel central hasta el nivel local.
- Priorización del ámbito local.- Priorizar el ámbito local, inscribiendo las acciones de salud que realizan los individuos,las familias y las comunidades en el proceso de desarrollo local y enfatizando la acción intersectorial, la cogestión y el uso de tecnologías apropiadas.
- Revalorización de los Recursos Humanos
- Desarrollo científico y producción tecnológica
- Medicamentos como bien social
- Recuperación de los establecimientos de salud
- Promover la reorientación del Instituto Peruano de Seguridad Social.
- Reorientación de la cooperación técnica.

---

En la primera etapa del Gobierno del Ing. Fujimori, su primer Ministro de Salud, Dr. Vidal Layseca, define los siguientes Lineamientos de Política<sup>10</sup>: (Cuadro 2)

Víctor Paredes, en su condición de Ministro de Salud, aprueba los nuevos Lineamientos de Política del Sector, donde también se insiste en promover la participación comunal en salud (Cuadro 3).

**Cuadro 3.** Lineamientos de Política del Sector Salud. Dr. Víctor Paredes Guerra (1992)

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>❑ Salud: Responsabilidad de todos. Promoviendo la efectiva participación de los actores sociales en el campo de la salud</li><li>❑ Promover nuevas formas de actuación intersectorial en general en defensa de la vida y la salud”.</li></ul> |
|---|

Una de las formas de materialización de esta política fue la creación y organización del Sistema Nacional de Salud, el cual tuvo como elemento central el desarrollo y fortalecimiento del nivel local con la constitución de las Zonas de Desarrollo Integral de la salud (ZONADIS)<sup>11</sup>, como instancia con capacidad de dar respuesta a los requerimientos de salud de la población en un área geosocial previamente definida, organizada para contribuir significativamente en la solución integral de los problemas de salud de la población y promocionando su participación en la concertación, coordinación, planificación, programación, gestión, evaluación y control de las acciones de salud, estableciendo relaciones de responsabilidad mutua entre el Sistema Nacional de Salud y la comunidad a la que sirve.

Las ZONADIS entraron en funcionamiento en las Direcciones Regionales de Salud de Ayacucho, Loreto, Luciano Castillo, Piura y Tacna. El escaso desarrollo técnico y la falta de soporte político determinó que la propuesta no tuviera la suficiente sostenibilidad, que determinó que el nuevo Ministro de Salud no lo tomara más en cuenta.

Con la presencia del Dr. Jaime Freundt en el Despacho de la cartera del Sector salud, se da un giro a la Política Nacional de Salud y se inicia el debate que posteriormente se cristalizará en la preparación del documento “El Desafío del Cambio de Milenio: Un Sector Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad”<sup>12</sup> que define cinco lineamientos nacionales de política del Sector Salud (Ver cuadro 4).

Para el cumplimiento de los lineamientos enunciados se propuso entre otros la siguiente estrategia:

***Propiciar la participación social y la corresponsabilidad Estado - Población*** entendida esta como el impulso de la participación social en los distintos niveles de la organización sectorial a fin de lograr una mejor adecuación de los servicios de salud a las reales necesidades de la población y una gestión y operación más eficiente de los

---

<sup>10</sup> Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud. Ministerio de Salud. 1991.

<sup>11</sup> Sistemas Locales de Salud. Abriendo Caminos hacia la Salud Para Todos. Ministerio de Salud - Organización Panamericana de la Salud. 1993.

<sup>12</sup> El Desafío del Cambio de Milenio: Un Sector Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad. Ministerio de Salud. 1995-2000.

---

---

**Cuadro 4.** Política de Salud Vigente (1995)

1. Garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual priorizando los sectores más pobres y vulnerables.
2. Modernizar el Sector Salud: Incorporar el Sector a la revolución científico tecnológica y renovar los enfoques de salud.
3. Reestructurar el sector en función de una mayor accesibilidad, competitividad y calidad en la atención, proponiendo la promoción amplia de la participación en salud, eliminando cualquier restricción para que ella se ejerza plenamente, incentivando la corresponsabilidad del Estado, las instituciones de la sociedad civil y los individuos en el cuidado de la salud, desburocratizando la gestión en salud y haciendo más eficaz la respuesta a los problemas de la comunidad.
4. Prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud.
5. Promover condiciones y estilos de vida saludables.

mismos. Se promoverá la responsabilidad de los individuos y poblaciones en el cuidado de la salud.

Esta estrategia se puso en marcha a partir de 1994 con la constitución, organización y funcionamiento de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS). Sobre este punto se va a exponer con mayor precisión en los próximos capítulos; sin embargo cabe puntualizar que esta propuesta ha sido considerada por expertos del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo como uno de los ejemplos exitosos de descentralización de los servicios públicos a los niveles locales con la participación de la comunidad.

### **2.4.3 La Participación comunitaria en salud en Bolivia.<sup>13</sup>**

Bolivia al igual que el Perú tienen una larga trayectoria de participación comunitaria, la misma que se remonta a la época de los Inkas.

La historia boliviana se define por el desborde periódico de la sociedad sobre el Estado, en un marco de permanentes conflictos. Bajo esta situación el mayor desarrollo del proceso de participación se asocia, preferentemente, con los niveles de "diferenciación social". Es decir que existe una correlación entre bajos niveles de diferenciación y altos niveles de participación, lo que se puede constatar en los departamentos orientales de Bolivia.

El proceso de participación popular se oficializa en 1994 con la aprobación de la Ley de Participación Popular que reconoce, promueve y aprueba este proceso articulando a las comunidades indígenas, campesinas y urbanas en la vida jurídica, política y económica del país.

Para tal efecto define como sujetos de participación popular a las Organizaciones Territoriales de Base (OTB) expresadas en las comunidades campesinas, pueblos indígenas y juntas vecinales y les reconoce personalidad jurídica, teniendo los siguientes derechos:

---

<sup>13</sup> Ley de Participación Popular . Ley No. 1551.Bolivia.

- 
- a. Proponer, pedir, controlar y supervisar la realización de obras y la prestación de servicios públicos de acuerdo a las necesidades comunitarias, en materia de educación, salud, deporte, saneamiento básico, micro riego, caminos vecinales y desarrollo urbano y rural.
  - b. Participar y promover acciones relacionadas a la gestión y preservación del medio ambiente, el equilibrio ecológico y el desarrollo sostenible.
  - c. Representar y obtener la modificación de acciones, decisiones, obras o servicios brindados por los órganos públicos, cuando sean contrarios al interés comunitario.
  - d. Proponer el cambio o la ratificación de las autoridades educativas y de salud dentro de su territorio.
  - e. Acceder a la información sobre los recursos destinados a la participación popular.

Para articular las tareas a ser emprendidas por las OTB con los Gobiernos Locales en el ejercicio de sus derechos y obligaciones se conforma el Comité de Vigilancia, responsable de vigilar que los recursos municipales de Participación popular sean invertidos en la población urbana y rural.

Los Gobiernos Municipales son sujetos de transferencia de la infraestructura física de los servicios públicos de salud, educación, cultura, deportes, caminos vecinales y micro riego; del mismo modo es responsable de fiscalizar, supervisar y proponer el cambio o la ratificación de las autoridades en el área de salud pública con arreglo a los reglamentos sobre la materia y cautelando la eficaz prestación del servicio sea en forma directa o a solicitud de las OTB y del Comité de Vigilancia. Para el adecuado funcionamiento de los servicios públicos, el gobierno central transfiere a las municipalidades los recursos financieros necesarios

#### **2.4.4 La Participación Comunitaria en Salud en Chile <sup>14</sup>**

En Chile, las políticas de salud tanto del gobierno de transición democrática (1990-1994) como del actual, han incorporado la participación social como un desafío importante. Al nivel de las políticas públicas de salud, actualmente se adhiere a un concepto de participación amplio, estrechamente ligado a los procesos de gestión, en el ámbito local.

Esta concepción sigue los planteamientos de los diversos organismos y foros internacionales que desde 1970 han considerado la participación social como un elemento clave y dinamizador de las estrategias de Atención Primaria de Salud y, en consecuencia, del mejoramiento de las condiciones de vida y bienestar de los pueblos.

La Conferencia de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como estrategia de desarrollo y establece la participación comunitaria como instrumento central en la provisión de servicios de salud al conjunto de la población, especialmente a aquellos sectores más pobres. En 1986 la Carta de Ottawa, la participación de la comunidad es definida como el eje de promoción de la salud:” la promoción de salud radica en la

---

<sup>14</sup> Propuestas para el Rediseño del Sistema de Salud: Cuatro Temas Básicos. Giorgio Solimano. CORSAPS. Chile. 1993.

---

participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud”.

En Chile, con aciertos y desaciertos, la participación social en salud y la imagen o concepto de la que fue vislumbrada, ha seguido un recorrido histórico fuertemente vinculado al proceso político y social del país, que paulatinamente incorporó a más sectores sociales. Este desarrollo fue interrumpido con la implantación del Gobierno Militar.

Hacia 1970 se hablaba de incorporar a los sectores populares, mediante su participación organizada, en el diagnóstico de sus problemas de salud y en la definición de las acciones que los resolvieran. Concretamente en ese periodo se crearon instancias de participación social que otorgaban un importante rol a los actores de la comunidad, como fueron los Consejos Locales y Consejos Paritarios de Salud.

Durante el régimen militar, al igual que los demás espacios de participación social y política, estas instancias fueron violentamente clausuradas. Solo en los años 80 hubo un renacer de las organizaciones sociales de salud pero de manera bastante incipiente. Organismos No Gubernamentales e instituciones de las iglesias dieron cabida a estas experiencias.

En la actual administración la participación social fue definida como prioritaria en el Programa de Gobierno, asumiéndose la necesidad que *cada persona tenga un rol en el mantenimiento de su salud, por lo que debe tener una activa participación en las acciones para su fomento, recuperación y rehabilitación*. Asimismo, se reconoce el rol protagónico de las personas para escoger sus alternativas de atención de salud, fortalecer estos espacios de libertad propios y promover su participación a través de la comunidad organizada”.

Se configura así un nuevo estilo de participación ciudadana, con un cambio de roles del Estado y sus Instituciones y de la Comunidad. En este sentido, se reconoce a las organizaciones sociales el legítimo derecho de su autonomía, de participar en el diseño de políticas sociales y de demandar su cumplimiento. Esto es especialmente cierto en el ámbito local o comunal, donde la diversidad de problemas exige generar políticas y programas diferenciados, tendientes a agilizar la acción del aparato estatal y aumentar su eficacia y eficiencia.

Los Consejos Económicos y Sociales Municipales son los canales a través de los cuales la comunidad, sus representantes en las juntas de vecinos y otras organizaciones de base, pueden participar como órgano de consulta de los alcaldes y mantener un diálogo con la administración comunal. Se pretende de esta manera aumentar los consensos entre los sectores público, empresariales, laborales representativos de la comunidad local, en torno a determinados asuntos y problemas. También aumentar la participación ciudadana en la gestión comunal a través de organizaciones sociales representativas de todos los actores sociales comunales.

Sin embargo, pese a los esfuerzos por generar participación a través de los Consejos Económico Sociales, ésta se ha visto limitada por el carácter meramente opinativo de estos.

---

### 2.4.5 La iniciativa de Bamako, Mali.<sup>15</sup>

La iniciativa de Bamako esta formada por una serie de reformas de política formuladas para responder al rápido deterioro de los sistemas de salud publica de los países en desarrollo. Fue lanzada en 1987 por los Ministros de Salud del Africa en una reunión auspiciada por la OMS en Bamako, Mali. Esta iniciativa que ha sido asumida por muchos países del Africa y Asia se basa en las siguientes premisas:

- a. Cuando las instituciones públicas son débiles, se necesita que las comunidades actúen desde las bases para complementar las políticas verticales de reforma.
- b. El financiamiento de los centros de salud por la comunidad puede generar ingresos suficientes para cubrir los costos recurrentes de las unidades básicas de salud, excepto sueldos y salarios.
- c. Inclusive los hogares pobres pueden pagar tarifas modestas por la atención en salud siempre y cuando perciban que los servicios de salud son de buena calidad, aspecto que ellos miden en términos de disponibilidad de medicamentos esenciales y actitudes positivas de los trabajadores de salud.
- d. Los gobiernos deben proveer un paquete de servicios básicos de salud de calidad razonable al cual pueda acceder la mayoría de la población, si el paquete se define en base a su eficiencia de costo, un sistema distrital de salud que funcione bien y a un plan bien establecido sobre el financiamiento de servicios de salud de la comunidad; y,
- e. La activa participación de los usuarios en la toma de decisiones y en el control de los recursos del sistema de salud aumenta la responsabilidad de los servicios de salud respecto al público, mejora la gestión y permite que las comunidades se identifiquen con el sistema de salud. Todo esto genera una sensación de propiedad y pertenencia que es indispensable para movilizar recursos de la comunidad y asegurar su sostenibilidad.

La estrategia de la Iniciativa consiste en revitalizar los Sistemas de Salud Pública, descentralizando la toma de decisiones del nivel nacional al distrital, reorganizando la prestación de servicios, instituyendo la participación comunitaria en el financiamiento y cogestión de los servicios básicos de salud, y brindando un paquete mínimo de servicios básicos de salud. La participación comunitaria es un elemento fundamental porque cambia el equilibrio entre los que brindan servicios y sus usuarios y porque generan una nueva forma de gobierno de los sistemas de salud publica. Los usuarios pasan de simples receptores de atención de salud a socios activos cuyas opiniones cuentan.

### 2.4.6. LAS COMUNIDADES SALUDABLES<sup>16</sup>

El concepto de Comunidades Saludables nace de la adaptación al contexto nacional de la iniciativa de Ciudades Sanas de la OMS Europa. Una comunidad saludable es definida como aquella en la que "... las autoridades políticas y civiles, instituciones y organismos públicos y privados, propietarios, empleados, trabajadores y la sociedad, dedican constantes esfuerzos para mejorar las condiciones de vida, trabajo y cultura de

---

<sup>15</sup> La Experiencia Bámako.Malí. 1993. UNICEF.

<sup>16</sup> "Comunidades Saludables para el Desarrollo Humano Sostenible en el Perú". Lima. 1996

---

---

la población, estableciendo una relación armoniosa con el medio ambiente físico y natural y expandiendo los recursos comunitarios para mejorar la convivencia, desarrollar la solidaridad, la cogestión social y la democracia”.

Las metas hacia las cuales deben estar concentrados los esfuerzos de toda comunidad saludable son:

- Proporcionar un entorno físico limpio seguro y de calidad, con un ecosistema saludable, en equilibrio y sostenible a largo plazo.
- Construir una comunidad solidaria, basada en un alto grado de participación e información para la toma de decisiones sobre aspectos que afectan su propia vida, salud y bienestar.
- Lograr la satisfacción de las necesidades básicas (alimentación, agua, techo, ingresos, seguridad y trabajo) para todos.
- Permitir el acceso a una gama amplia de experiencias y recursos para contactos, interacciones y comunicaciones.
- Generar una economía vital, innovadora y diversificada.
- Alentar los vínculos con la herencia social y cultural propia, así como la de otros individuos.
- Mantener un nivel óptimo de servicios apropiados para la atención de la salud a los cuales todos tengan acceso.

### **OTRAS EXPERIENCIAS DE PARTICIPACIÓN COMUNITARIA: BALANCE DE OPORTUNIDADES Y OBSTÁCULOS**

Si bien la revisión de experiencias previas en lo relativo a planificación participativa es siempre aleccionadora en tanto nos da orientaciones para la acción en el terreno, cuando hablamos de intervenciones con la participación de la comunidad evaluar el proceso en términos de oportunidades y obstáculos resulta un poco artificial, ya que, debido a la dinamicidad de los procesos sociales, toda oportunidad es potencialmente un obstáculo cuando estas son asumidas de manera directa para la implementación de nuevos procesos, y, por otro lado, todo obstáculo puede ser transformado en potencialidad si existe la capacidad de pensar en alternativas creativas. El siguiente balance puede, sin embargo, orientar la acción en la implementación de la estrategia de planificación local de salud.

#### **Oportunidades y logros**

- La revisión de las experiencias más exitosas de implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud a nivel mundial muestran que uno de los componentes de su eficacia es la participación de la comunidad.
  - La posibilidad de movilizar a la comunidad en torno a sus necesidades sentidas potencia la capacidad de negociación frente a instituciones públicas y privadas, posibilitando una reorientación de sus prioridades en función de las de la comunidad, optimizando las funciones que les competen a esas instancias en el proceso de toma de decisiones.
  - Cuando los objetivos son definidos de común acuerdo con las organizaciones comunitarias, ésta se encuentra más proclive a movilizar sus propios recursos
-

---

con la finalidad de contribuir al cumplimiento de las actividades en las que se encuentran involucrados.

- Diferentes experiencias muestran que, luego de un período de aprendizaje, la comunidad organizada es capaz de administrar eficientemente los recursos disponibles, así como atraer mayores recursos.
- Aún cuando la representatividad y alcance de muchas de las organizaciones de base se ha ido perdiendo en el curso de la última década, las experiencias de planificación local muestran que es posible, a través de su involucramiento en el proceso, repotenciar su capacidad de liderazgo y convocatoria, incorporando el tema de la salud como problemática prioritaria y desarrollando niveles organizativos en torno a la salud en los cuales reposen las posibilidades de transferencia. Esto se potencia cuando los agentes comunitarios de salud se constituyen en líderes sociales, más que en una extensión de los servicios.
- Las municipalidades tienen la potestad de implementar los mecanismos políticos y administrativos que consideren adecuados para su gestión. Esto brinda la posibilidad de institucionalizar a nivel de los gobiernos locales la planificación participativa, con miras a darles sostenibilidad política a estos procesos.

### **Limitaciones y obstáculos**

- Debido al proceso de desestructuración de las organizaciones comunales durante la década de los '80 y '90, las organizaciones de segundo nivel y otras instancias de centralización han devenido en su mayoría en entidades que han dejado de representar los intereses de sus bases. De otro lado, el trabajo directo con las organizaciones de base, cuando existen estas instancias, introduce una fuente de conflicto entre ambos niveles y entre estos y los convocantes.
- Un aspecto clave de los procesos de planificación local es la capacidad de las entidades promotoras de orientar la concertación de intereses, de modo que las instancias involucradas realicen simultáneamente, y en la medida de lo posible, sus proyectos institucionales y los proyectos comunes. De esto depende en gran parte la amplitud de la convocatoria, ya que las organizaciones populares suelen participar de acuerdo al interés que despierten en ellos las acciones. Una limitación adicional, además del interés en las acciones, es la dificultad para movilizar a la población salvo para actividades puntuales.
- La desarticulación de los espacios políticos, administrativos y geográficos, dificulta la posibilidad de generar procesos de desarrollo integrales, ya que las diferentes instancias que requieren ser involucradas actúan sobre espacios territoriales que no necesariamente coinciden, reduciendo o diluyendo su compromiso.
- Las experiencias de planificación local y participación comunitaria que se han venido llevando a cabo, especialmente aquellas impulsadas a través de ONGs, por su carácter localizado, han visto limitadas sus posibilidades de articularse a nivel mayores. Este mismo carácter le ha restado posibilidades de apoyarse en

---

una decisión política que le diera mayores márgenes de maniobra, así como de influir en esas mismas políticas.

- Es necesario ser siempre precisos con la información que se transmite (implícita o explícitamente) a las organizaciones que son convocadas en procesos de esta naturaleza, debido a que levantar excesivas expectativas puede llevar a que el impulso inicial se debilite producto de la frustración. En este sentido, es necesario tener en cuenta que la salud por sí misma tiene solamente un impacto parcial en la calidad de vida, y que su articulación con el desarrollo comunitario en su conjunto es un proceso que toma su tiempo.
- Pese a que la comunidad puede tener una mayor disposición a movilizar sus propios recursos, en los casos en los que las iniciativas emanadas de ellas requieren recursos adicionales y estos no pueden ser conseguidos oportunamente, pueden generar frustraciones que bloqueen la participación.
- La inexistencia de mecanismos institucionales para la planificación local y la participación comunitaria, tanto a nivel de los gobiernos locales como en el sector salud, así como la falta de experiencia en estos temas, lleva a que en mucho su sostenibilidad dependa en gran parte de la voluntad individual. Esto se ve agravado, en el caso de los establecimientos periféricos, por la excesiva rotación del personal de salud, lo que lleva a que estos procesos tiendan a mantener cierto nivel de inestabilidad, por lo menos mientras pueden ser asumidos por la comunidad misma. Asimismo, esta falta de institucionalidad permite que pueda, en algunos casos, ser sujeta de clientelismo político.

En general, podríamos decir que las condiciones para la efectividad de cualquier intervención destinada a involucrar a la población en procesos de planificación local son, entre otras, la capacidad de movilización de las organizaciones sociales, la existencia de liderazgos legitimados, la capacidad de aprovechamiento de condiciones para fortalecer la base social, la posibilidad de aprovechar o generar recursos, y la existencia de orientaciones políticas generales (no necesariamente partidarias) en común. Cuando estas intervenciones, además intentan trascender el nivel micro, requieren un componente adicional: la capacidad de adaptabilidad local, que contemple la diversidad de condiciones sociales, económicas y culturales de los ámbitos en los que se intenta implementar.

---

## **3. El Programa de Administración Compartida – CLAS**

---

### **3.1 Desarrollo de la Experiencia CLAS**

#### **3.1.1 Antecedentes del Programa de Administración Compartida.**

En agosto de 1990, el nuevo gobierno asume la conducción del país en medio de una de las más grandes crisis políticas, y económicas manifestada en una hiperinflación galopante, la pérdida del acceso a la inversión y préstamos internacionales; el agravamiento del terrorismo entre otros males que aquejaban en aquella época.

Para revertir esta situación, el gobierno dio inicio a un programa severo de estabilización económica, con el propósito de modificar el proceso de deterioro del aparato productivo y de la sociedad en su conjunto y restaurar así, el equilibrio macroeconómico, indispensable para lograr un crecimiento efectivo del país.

El programa de estabilización económica fue acompañado por una serie de reformas que apuntaban a promover la competitividad del país en el contexto internacional y corregir la intervención del estado en la actividad económica.

Los avances obtenidos por la aplicación de las medidas económicas permitieron disminuir drásticamente el proceso inflacionario, disminuyendo el déficit fiscal y produciendo una tendencia de crecimiento económico; sin embargo se acentuaron los indicadores de pobreza de la sociedad peruana y particularmente, en el Sector Salud, un déficit en la asignación del gasto público.

Hacia 1994, la oferta de servicios de salud estaba a cargo de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales y el Sector Privado. Los dos primeros, que han sido tradicionalmente los principales componentes de la oferta de servicios de salud, se caracterizaban por gestiones paralelas, con notables deficiencias en la organización y administración de los recursos asignados en forma reducida. El análisis global<sup>17</sup> de esta situación se presenta en el cuadro 5.

Ante la necesidad de modificar esta situación, el Ministerio de Salud asumió como objetivo inmediato la recuperación y mejoramiento de la red de establecimientos periféricos dentro de un contexto de incremento del gasto social en los sectores salud, educación y justicia por parte del gobierno. Se organizó un importante programa de inversiones que contemplaba la ampliación y rehabilitación de establecimientos, la dotación de recursos humanos, equipos y mobiliario y el impulso de modelos

---

<sup>17</sup> Situación de la salud en Perú y sus tendencias: la Reforma Sectorial. Ministerio de Salud.1997. Seminario Internacional sobre Reforma del Sector Salud.

---

---

alternativos de capacitación y supervisión. Bajo este contexto, se puso en marcha en 1993 el Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud (el mismo que a partir de 1995 pasa a denominarse Programa Salud Básica para Todos).

**Cuadro 5.** Problemática de los Servicios de Salud al momento de iniciarse la Administración Compartida.

**En aspectos de organización de la Oferta de servicios:**

- Modelo centralizado de gestión pública en los Programas Nacionales y escasa normatividad para que los Gobiernos Regionales ejecuten los Programas de Salud
- Inexistencia de una adecuada planificación local de los servicios; prestación de servicios eminentemente intramurales y a demanda.
- Funcionamiento desarticulado de los establecimientos de salud que no posibilitan la organización en redes de servicios de salud, sin mecanismos de sistemas de referencia y contrarreferencia
- Deficiencias en la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del nivel primario de atención con deterioro notable de los existentes, cierre de algunos en las zonas de violencia crítica e inexistencia de establecimientos en algunas localidades del País.
- Divorcio significativo de los objetivos y duplicación de esfuerzos entre las iniciativas de atención desarrolladas por el Ministerio de Salud, el IPSS y el sector privado (principalmente las ONGs);

**En aspectos de financiamiento de los servicios de salud**

- Asignación irracional de recursos públicos con mayor concentración en las localidades donde es posible contar con otros prestadores y gasto reducido o nulo en localidades de escaso desarrollo socio – económico;
- Ineficacia en el gasto, en función a los costos, o mal uso de los escasos recursos, duplicación de esfuerzos o ejecución de gastos innecesarios
- Orientación del gasto de los recursos hacia intervenciones de escasa eficacia en función de los costos observándose un desequilibrio entre el gasto para atenciones asistenciales recuperativas bastante privilegiado frente a un menor gasto para acciones de prevención y promoción de salud.

**En aspectos relacionados al usuario externo.**

- Muy limitada participación de la comunidad en el proceso de prestación de servicios de salud pública
- Limitaciones marcadas en el acceso a los servicios con mayor perjuicio para la población en mayor condición de pobreza
- Pérdida de credibilidad en los servicios públicos debido a su baja capacidad resolutive, mal trato al usuario, desabastecimiento de medicamentos e insumos, inasistencia del personal y aparición de cobros irregulares.
- Insatisfacción manifiesta de la población por los servicios que recibían en horarios limitados a escasas 6 horas diarias
- Ausencia de un adecuado y eficiente proceso de fiscalización y control por parte de las autoridades administrativas del sector, respecto a las labores que realiza el personal en los establecimientos

**En aspectos de relacionados al usuario interno**

- Ausencia de motivación en el trabajo desplegado por profesionales y auxiliares a cargo de los Centros y Puestos
- Bajos salarios, escaso o nulos incentivos.

Desde 1991 se delinearón los principales ejes del proceso de reforma de la gestión y prestación de salud en el país. Las principales ayudas de la cooperación externa se constituyen como proyectos destinados al fortalecimiento del sector público de salud y al desarrollo de un proceso de reforma sectorial. En los siguientes años se conforman en el Ministerio de Salud el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (con apoyo financiero del Banco Interamericano de Desarrollo), el Proyecto Salud y

---

Nutrición Básica (bajo el financiamiento del Banco Mundial) y el Proyecto Perú 2000 (con fondos de la Agencia Norteamericana para el Desarrollo Internacional – USAID).

Durante este período, comenzaron a delinearse algunos modelos de gestión sanitaria a considerarse como parte del proceso de reforma. En términos generales, se había reparado en la necesidad de modificar el modelo de financiamiento de los servicios con la separación del rol de financiamiento del rol prestador asignándolos a instituciones diferentes. La búsqueda de modelos de gestión local participativa de los servicios era otra de las preocupaciones del Ministerio de Salud. Desde mediados de 1991 se impulsó la estrategia de Sistemas Locales de Salud (SILOS) promovida por la Organización Panamericana de Salud – OPS en algunas regiones piloto bajo la denominación de “Zonas de Desarrollo Integral de Salud – ZONADIS”. Otras iniciativas y experiencias locales de gestión y prestación de servicios fueron desarrolladas durante este período.

En 1992, bajo el apoyo de la Cooperación Perú – UNICEF<sup>18</sup> se puso en marcha un proyecto destinado a mejorar el abastecimiento de medicamentos genéricos, la prescripción racional de los mismos y el financiamiento de los servicios sobre la base de la gestión de fondos rotatorios de medicamentos recogiendo elementos desarrollados con la Iniciativa Bamako en el Africa. Este proyecto, denominado Programa de Revitalización de los Servicios Periféricos (PRORESEP), se aplicó como piloto en Chimbote y en Lima Este. Los resultados fueron exitosos en mayor grado en esta última localidad. Los efectos de la implantación de un modelo de gestión participativa de los fondos rotatorios, repercutió en un manejo transparente de los recursos, un gasto más ordenado de los mismos, un mayor financiamiento para la operación de los servicios, una mayor participación comunitaria y una recuperación de la credibilidad en los servicios públicos de salud. La experiencia fue calificada de exitosa y a fines de 1993 se consideró la posibilidad de extenderla a escala nacional.

A inicios de 1994, dos temas dominaban el proceso de reforma en salud. El desarrollo de organizaciones prestadoras privadas que puedan competir por el financiamiento público para el desarrollo de planes de atención de salud (entonces identificadas como Organismos de Servicios de Salud – OSS) y el desarrollo de modelos de gestión participativa de los establecimientos de atención primaria. Del mismo modo, en ese período se crea el Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Educación, Salud y Justicia con el propósito de focalizar la inversión social en servicios básicos de Educación, Salud y Justicia, en la población más necesitada del país.<sup>19</sup> Bajo este amrco se crea el Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) y dentro de ella el Programa de Administración Compartida.

El Ministro de Salud, Dr. Jaime Freund – Thurne Oyanguren promueve la conformación de un grupo técnico para la elaboración de una propuesta que desarrolle esta última.

Durante algunos meses, se evaluaron las experiencias alternativas de gestión de servicios de salud con el fin de establecer un modelo a ser implantado. Las alternativas

---

<sup>18</sup> Evaluación del Programa de Revitalización de Servicios Periféricos (PRORESEP). UNICEF. 1992.

<sup>19</sup> Decreto Supremo No. 038-94-PCM que aprueba la Formulación de Planes Operativos del Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Educación, Salud y Justicia.

---

---

consideradas eran la gestión municipal de los establecimientos, la gestión privada a través de ONGs y la gestión con participación directa de la población.

Si bien, el fortalecimiento de la gestión municipal había sido un elemento básico del proceso de descentralización y regionalización impulsados años atrás, la posibilidad de una pérdida del enfoque sanitario ante consideraciones partidarias o electorales constituyó el principal argumento en contra del desarrollo de un modelo de gestión municipal de los servicios de salud. A diferencia de otros países, en los cuales la gestión municipal de los servicios de salud está implantada, no había suficiente experiencia nacional que respaldara tal modelo. La gestión de servicios por ONGs se había observado principalmente en establecimientos administrados por organizaciones eclesióásticas y en algunos proyectos de intervención local. Sin embargo, existían observaciones respecto al involucramiento de la población en estas experiencias. Finalmente, el modelo de gestión de servicios con participación directa de la población era respaldado por los resultados obtenidos por el PRORESEP y por una rica experiencia de organización comunal para hacer frente a situaciones adversas observada en las zonas urbano - marginales y en las zonas rurales. Estos argumentos fueron los que orientaron la elección del último modelo.

Determinado el modelo de gestión, el siguiente paso fue la incorporación de supuestos en la redacción de los documentos técnicos de éste. Algunos de ellos se mencionan a continuación:

***Los servicios de salud, tal cual están organizados son ineficientes.*** La organización del accionar de un servicio de salud está caracterizado por la duplicación de diferentes sistemas administrativos, para la gestión de cada programa nacional de salud. Sistemas paralelos de información, en donde la información que será empleada para la toma de decisiones no es la misma ni entre programas de salud ni entre los diferentes niveles organizativos del sistema, favorecen tomas de decisión necesariamente a espaldas de la realidad (en una situación de más de una fuente de información lo mejor a lo que se puede aspirar, es que al menos una de ellas sea correcta. Sin embargo, deja el accionar dependiente del resto de fuentes de información, sobre cuyas bases con seguridad se tomarán decisiones erróneas). El paralelismo no es exclusivo en el manejo de la información, sino también en la logística, en el manejo de recursos materiales, etc. Bajo la lógica de una conducción tradicional, centralizada de los servicios de salud, estos elementos echan por el piso aspectos positivos que se logran con la integración vertical de servicios de salud. Por ejemplo, la consecución de economías de escala, es contrarrestada por el uso ineficiente de los recursos.

***A pesar del gran esfuerzo que el Estado Peruano ha desplegado para mejorar la provisión de los servicios de salud, no se han objetivado significativas mejoras en la efectividad de éstos.*** Los indicadores de salud revelan brechas en el acceso a servicios, que aunque han disminuido, siguen siendo inaceptablemente altas. Al menos una parte de esta falta de efectividad se ha originado en que el financiamiento de los servicios ha favorecido, por tradición, a los establecimientos más complejos, dejando de lado a los establecimientos del nivel básico. Aunado a esto se da el hecho que los establecimientos más complejos se ubican en las zonas de mayor desarrollo relativo, con mayor concentración de personas, y en donde, similarmente, también se concentran otros elementos que influyen drásticamente en el estado de salud de la población, por ejemplo, servicios educativos. De otro lado, en el funcionamiento de los servicios se ha

---

ido asentando un modelo médico estrictamente recuperativo para el mejoramiento de la salud colectiva. El enfoque estrictamente médico, debido a la complejidad que le es inherente, que requiere condiciones técnicas muy rigurosas, no permite su aplicación a gran escala y a amplios sectores de la población. Pero dado el prestigio ganado y el condicionamiento social asociado, ha obligado que se le dé mayor predilección en el trato para conseguir financiamiento para ser ejecutado en relación a intervenciones preventivo promocionales, que dicho sean de paso, proporciona menos réditos políticos inmediatos a los estratos dirigentes en salud.

***La prestación de servicios de salud no es estrictamente gratuita bajo ninguna condición y en ningún lugar del mundo.*** Si bien es cierto que en determinadas realidades no se dan pagos por los servicios de salud recibidos, esto no implica que los proveedores de servicios y los usuarios de los mismos no incurran en costos. Los niveles de subsidio estatal indiscriminado (según ámbitos geográficos, económicos, culturales), y fijados sin criterio explícito, para el financiamiento de los servicios de salud ha venido ocultando sistemáticamente en todos los niveles de la organización del sistema de servicios de salud del MINSA los costos de oportunidad en que se incurre al organizar la prestación de servicios de salud. Esta situación de aparente gratuidad de la atención ha creado una barrera contra la consecución de mejores niveles de efectividad, y sobre todo, de calidad en los estándares de la provisión de servicios. Esta situación propia de un Estado monopólico en tareas de organización, financiamiento y provisión de los servicios deja en un rol accesorio al usuario de los servicios de salud, de quien se sabe no tendrá otra alternativa de consumo. Por ello mismo, se favorece una condición de efectiva impermeabilidad ante las necesidades de la demanda, privilegiándose las necesidades de la oferta.

Estos supuestos de fondo, a su vez fueron complementados por otros de carácter estratégico, que ordenarían la implementación primigenia del Programa de Administración Compartida. Estos son:

En ese contexto, ***la participación comunitaria en el manejo de los servicios de salud ofrece una alternativa viable, efectiva y de bajo costo.*** Es decir, se reconoce explícitamente que la participación comunitaria – al menos en esta fase del desarrollo del PAC – constituye una herramienta válida (no un fin en sí misma) para la consecución del objetivo: mejora de la eficiencia, eficacia, y calidad de los servicios de salud en el primer nivel de atención. El involucramiento directo de la comunidad en el servicio más que en apoyo del servicio facilitaría un mecanismo muy eficiente y eficaz de control social sobre la forma de uso de recursos del Estado, y más aún sobre los resultados a obtener a partir de dichos recursos. Toda vez que los mecanismos de control establecidos por el Estado tienen tiempos, lógicas, e interesados no inmediatamente involucrados con el bienestar de los usuarios finales de los servicios de salud, no tienen el incentivo de mejorar en el plazo más expeditivo la calidad de atención en el servicio. Situación totalmente opuesta cuando se incorpora a la comunidad organizada como actor válido en la toma de decisiones en el servicio.

***Un esfuerzo de reforma local de los servicios de salud será únicamente exitosa cuando se incluyan balanceadamente criterios técnico políticos.*** Para garantizar la viabilidad de la opción de la participación comunitaria como solución posible se discutieron y se incorporaron dos elementos adicionales, fundamentales, que proporcionan al PAC su carácter particular: la descentralización, su flexibilidad

---

---

administrativa que le permita someter a prueba, o en caso contrario, implementar en el más breve plazo, las iniciativas gerenciales para el mejoramiento continuo de la calidad tanto en la gerencia de los servicios, como en la prestación de éstos. Todo ello se presenta en cuadro 6.

En el proceso de formulación del modelo inicial de CLAS se contó con la participación de consultores contratados por el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud<sup>20</sup> así como de un consultor internacional<sup>21</sup>. Las características del modelo se muestran en el cuadro 7.

**Cuadro 6.** Requerimientos necesarios a la implementación del PAC

- ❑ Que sea de fácil adaptación al diseño integral de una reforma en los Servicios de Salud Pública y Privada; acorde con el proceso de modernización social y económica, en que se encuentra comprometido el Gobierno, incluyendo la modificación de la Estructura del Estado.
- ❑ Que expresara una respuesta descentralizada cuya responsabilidad en el manejo de los recursos públicos fuese ajena a la estructura administrativa tradicional del Ministerio o de los Gobiernos Regionales.
- ❑ Que fuese una respuesta diseñada a partir de las experiencias latinoamericanas descentralizadoras, pero enriquecida con las experiencias de salud comunitaria y la propia realidad nacional.
- ❑ En atención a este último aspecto, el Estado y la comunidad organizada deben compartir responsabilidades en la gestión de los servicios de salud.
- ❑ Que su implantación sea gradual y sujeta a variantes que se adapten a la heterogeneidad de realidades locales heterogéneas.
- ❑ Que asegure una real función fiscalizadora por parte del Estado, una mayor productividad de los recursos que se entreguen y una ordenada participación de la comunidad.
- ❑ Que el principal objetivo de la gestión de los servicios consista en la ejecución de un Programa de Atención de Salud.
- ❑ Que incorpore elementos de control social que permitan a la población influir sobre elementos de la calidad y la accesibilidad de los servicios.
- ❑ Que la administración de los recursos asignados a los establecimientos considere la toma de decisiones en el nivel local. La gestión debe procurar ser tan participativa como fuese posible.
- ❑ Que el marco normativo de la gestión y del gasto sea lo más flexible posible. Debe evitarse la rigidez del marco normativo público.
- ❑ Que los recursos a ser utilizados deben asignarse en el mismo nivel ejecutivo, garantizando un flujo de fondos seguro y evitando los recortes habituales.

Se decidió que un modelo de tales características solo podría aplicarse en establecimientos del nivel básico de atención. Las asociaciones civiles centrales a esta intervención fueron denominadas *Comités Locales de Administración de Salud - CLAS* denominándose al modelo de gestión como *Administración Compartida*.

---

<sup>20</sup> El equipo que se encargó del diseño inicial del PAC estuvo compuesto por el Ingeniero Juan José Vera del Carpio, la Dra. Patricia Predes Solari, el Lic. Carlos Bendejú Watanabe, la Lic. Rossana Pajuelo Ponce y el Economista Gonzalo Barrios Torrejón.

<sup>21</sup> Dr. Carl E. Taylor. The Hopkins University School of Hygiene and public Health.

---

---

**Cuadro 7.** Caracterización del modelo de gestión compartida propuesto

- ❑ Conformación de una asociación civil con vecinos de la comunidad encargada de la administración de los recursos asignados. El jefe del establecimiento sería miembro nato.
- ❑ Autorización a la asociación de tomar decisiones discrecionales sobre el uso de los recursos para la ejecución de un plan o programa de atención de salud elaborado a nivel local. Dicha autorización estaría refrendada por un contrato firmado entre el Director de Salud y el representante legal de la asociación. En el mismo se definirían las responsabilidades y compromiso de ambas partes.
- ❑ Asignación del presupuesto complementario para la ejecución del plan o programa de salud con remesas mensuales enviadas desde el nivel central.
- ❑ Utilización de la legislación privada para el gasto de los recursos remesados.
- ❑ Manejo local de los ingresos generados por las prestaciones de salud y la venta de medicamentos.
- ❑ Mantenimiento de la titularidad pública de las prestaciones realizadas y de la propiedad de la infraestructura, los bienes y los equipos.
- ❑ Sistema de rendición simplificado, basado en la utilización de declaraciones juradas antes que el informe detallado del gasto realizado.

### **3.2 Primera Fase de la Administración Compartida: Organización y Expansión del PAC**

Luego de definida la propuesta, se inicia una primera etapa de estructuración y organización del Programa, cuyas acciones estuvieron orientadas a :

1. Diseño del marco legal y seguimiento para su aprobación.
2. Diseño de los instrumentos técnicos necesarios para la operación de los CLAS.
3. Definición de los mecanismos para el financiamiento del PAC.
4. Establecer las zonas de aplicación de las primeras experiencias.

#### **3.2.1 Diseño del Marco Legal y Seguimiento para su Aprobación**

El equipo responsable de elaborar la propuesta preparó un proyecto de Decreto Supremo que formalizara la creación del “Programa de Administración Compartida”. Se delinearon los siguientes conceptos que debían formar parte de la norma:

- Definición de los objetivos y la Importancia del Programa de Administración Compartida.
- Definición de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS).
- Definición de los Contratos de Administración Compartida y del Programa de Salud Local.
- Atribuciones del CLAS en la administración de los establecimientos de salud y de los recursos asignados.
- Aspectos complementarios (situación del régimen laboral de los trabajadores, situación de los destacados de personal, reglamentación del Decreto Supremo, etc.)

El contenido de la norma legal fue discutido en repetidas ocasiones por el equipo de trabajo al que se incorporaron dos Asesores del Ministro; como consecuencia de ello se

---

---

prepararon muchos borradores; la versión final del Decreto Supremo así como la exposición de motivos fue sustentado ante el CIAS de la Presidencia del Consejo de Ministros. Finalmente, después de muchos tramites el 02 de mayo de 1994 fue promulgado el Decreto Supremo N° 01-94-SA que da inicio al Programa de Administración Compartida de los Establecimientos de Salud del Nivel Básico de Atención (Ver cuadro 8).

El Ministro de Salud Dr. Jaime Freundt presentó oficialmente el Programa de Administración Compartida ante los funcionarios del Ministerio de Salud y los Directores Regionales de Salud en una reunión técnica convocada para tal fin, que se realizó entre los días 13 y 15 de mayo de 1994.

La presentación de los aspectos técnicos del PAC estuvo a cargo del Ingeniero Juan José Vera del Carpio, quien oficiaba como Coordinador del Programa. Evidentemente la propuesta generó, primero escepticismo, particularmente entre los funcionarios del Nivel Central del MINSA y segundo un abierto rechazo a la propuesta (como se puede suponer,

**Cuadro 8.** Aspectos Resaltantes del Marco Normativo del Programa de Administración Compartida

El marco normativo que da origen al PAC, (Decreto Supremo N° 01-94-SA) define, entre otros aspectos, lo siguiente:

- Hace explícita su prioridad política al declararlo **de interés nacional y de necesidad pública.**
- Introduce el uso de **contratos** como instrumentos de descentralización de la gestión de los servicios públicos (contrato de administración compartida).
- Establece la primacía de los planes de trabajo (programas de salud local) como objeto del contrato.
- Reconoce el **manejo descentralizado** de los recursos directamente recaudados.
- Señala la aplicación **del régimen privado de contratación de personal, de gasto y de tributación en la gestión descentralizada de servicios públicos**, lo cual configura un escenario estratégico para el desarrollo de otros modelos de integración con el sector privado.
- Establece el marco de responsabilidades entre el componente público de financiamiento y de control (Dirección de Salud) y el componente ejecutor del gasto (CLAS)

estas apreciaciones no se manifestaron en público, sino en los corrillos del evento). Los Directores Regionales no manifestaron sus apreciaciones, lo tomaron con mucha cautela.

Las principales objeciones a la propuesta fueron las siguientes:

- Era una propuesta política sin viabilidad ni sostenibilidad.
- El MINSA no podía desligarse de la función prestadora de servicios de salud.
- El CLAS representaba la puerta de entrada al proceso de privatización de los servicios de salud.
- El MINSA no podía transferir recursos a entidades privadas.
- La comunidad no tenía capacidad para administrar los recursos, y menos aún para dirigir al personal de salud.
- Se atentaba contra los derechos de los pobres a ser atendidos
- El MINSA no podía contratar personal bajo el régimen privado.

---

Todas las inquietudes fueron respondidas adecuadamente, sin embargo no fueron asimiladas. Estas apreciaciones, como se vera mas adelante, sirvieron como argumentos a las organizaciones sindicales y profesionales del Sector Salud para oponerse al funcionamiento de los CLAS.

### **3.2.2 Diseño de los Instrumentos Técnicos Necesarios para la Operación de los CLAS.**

La norma legal de constitución de los CLAS requería de un arsenal técnico que posibilitara su adecuada implementación; razón por el cual se formulo un conjunto de documentos que faciliten su operación. Entre febrero y julio de 1994 se elaboraron los siguientes documentos:

#### ***Documentación Legal:***

- Modelos de Actas de asambleas de representantes comunales para la designación de miembros a los CLAS.
- Modelo de Acta de Constitución del CLAS
- Modelo de Estatuto para el CLAS.
- Modelo de Contrato de Administración Compartida.
- Modelo de Expediente para la aprobación del Contrato.

#### ***Documentación Técnico - Administrativa***

- Documento sobre el marco conceptual del Programa de Administración Compartida
- Modelo de guía técnica para la formulación del Programa de Salud Local
- Instructivos generales para la operación del PAC en aspectos de contratación de personal, manejo contable financiero.

Estos documentos fueron difundidos a las primeras Direcciones de Salud en las que se aplicaría el Programa. Adicionalmente se gestionó la publicación de un primer manual que reunía todos estos documentos.

Complementariamente, se había establecido la necesidad de gestionar una directiva que ampliara los alcances del Decreto Supremo, precisando los aspectos operativos del funcionamiento del PAC en el nivel central y dando las pautas para la conformación y operación de los CLAS. El proyecto de directiva precisaba entre otras situaciones los siguientes:

- La relación directa del Programa de Administración Compartida con la Alta Dirección del Ministerio.
- Su financiamiento a cargo del Programa de Focalización del Gasto Social Básico de Salud y del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud.
- Las responsabilidades de las Direcciones de Salud y de los CLAS en el funcionamiento del modelo de gestión.
- La conformación de equipos de trabajo en cada Dirección de Salud responsables de

- 
- la marcha del Programa.
  - Los procedimientos para constituir los CLAS.
  - Los aspectos de la firma de los Contratos de Administración compartida.
  - El financiamiento de los Programas de Salud Local.
  - La puesta en marcha del Programa de Administración Compartida de Farmacias.

La Directiva Base N° 01-94-SA fue aprobada por Resolución Ministerial N° 453-94-SA/DM el 7 de octubre de 1995, cinco meses después de promulgado el Decreto Supremo y tres meses después de la puesta en marcha de los primeros CLAS en el país. Tal demora estuvo determinada en gran parte por los reparos presentados por los órganos técnicos del Ministerio de Salud quienes cuestionaron diferentes aspectos del proyecto de directiva base. Esta situación constituyó un primer síntoma de la falta de coherencia entre las acciones al interior del Ministerio de Salud para el desarrollo de una política declarada prioritaria por la Alta Dirección, que se veía obstaculizada con un manejo conservador y reacio de sus órganos técnicos.

### **3.2.3 Definición de los Mecanismos para el Financiamiento del Programa de Administración Compartida.**

Una de las principales preocupaciones del equipo técnico era la parte del financiamiento del Programa de Administración Compartida en los siguientes rubros:

- Financiamiento de la ejecución de las actividades de salud del Programa de Salud Local.
- Financiamiento para la ejecución de pequeñas obras de infraestructura y apoyo para el equipamiento de los establecimientos de salud que se incorporaban al PAC.
- Financiamiento para la ejecución de eventos de capacitación al personal de las Direcciones regionales, a los miembros de las comunidades, para la conformación y funcionamiento del CLAS.
- Financiamiento para los tramites de formalización de los CLAS ante los registros públicos.
- Financiamiento de los consultores del PAC.

Para el financiamiento de las actividades de salud para los establecimientos administrados por los CLAS fueron comprometidos los fondos del Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud, que en esos momentos se encontraba en pleno proceso de organización de su estructura presupuestaria.

Los gastos necesarios para la ejecución de proyectos de rehabilitación, mantenimiento y equipamiento de los establecimientos serían financiados por el Fondo de Compensación y Desarrollo (FONCODES), un programa especial del gobierno que promovía la ejecución descentralizada de proyectos sociales de pequeña escala a través de la conformación de comités comunales responsables de la gestión del proyecto y la ejecución del mismo (los denominados núcleos ejecutores). Para tal fin se consideró que los CLAS recibieran el trato de “núcleos ejecutores” de proyectos.

---

La asignación de fondos rotatorios de medicamentos por la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas fue otra de las fuentes de financiamiento consideradas.

Para el financiamiento a los consultores del PAC se recurrió al Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud y al Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud; del mismo modo se recurrió a estas dos fuentes para financiar las actividades de capacitación.

Finalmente, se contempló que los recursos generados por la venta de servicios de salud financiara la operación de los servicios. El Decreto Supremo autorizaba al CLAS la determinación de las tarifas por los servicios prestados y el uso de esos recursos para la ejecución del programa de salud local.

### **3.2.4 Establecer las Zonas de Aplicación de las Primeras Experiencias**

Aprobado el Decreto Supremo de creación del PAC y los CLAS, el Equipo técnico se vio en la necesidad de implantar el programa en las Direcciones Regionales de Salud. A fines de mayo de 1994 se contaba con los documentos necesarios para la organización del CLAS; igualmente se tenía asegurado el financiamiento consignado en una línea de intervención del Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud y se había establecido para el mes de diciembre de dicho año una meta de 300 establecimientos de salud en el régimen de Administración Compartida. Por otro lado había una apremiante presión por parte de la Alta Dirección del MINSA por poner en marcha el PAC. El problema era dónde comenzar.

Las coordinaciones iniciales con algunos Directores de Salud permitieron establecer algunas regiones en las cuales se conformarían los primeros CLAS. Estas regiones fueron Loreto, Cuzco, Ayacucho, Chavín (Ancash), Ica, La Libertad, Cajamarca y Tacna. Básicamente se consideraron regiones en las cuales se encontraba en aplicación el modelo de SILOS (Loreto y Tacna), regiones en las cuales existía un marcado interés de los Directores de Salud en desarrollar este nuevo modelo (Ica, Chavín y La Libertad) y regiones en las cuales se había identificado situaciones de pobreza asociadas a experiencia de participación comunal (Cuzco, Lima Norte, Cajamarca y Ayacucho).

Finalmente se escogieron dos zonas: Ayacucho y Chíncha en Ica. Se escogió Ayacucho porque en la etapa de diseño del Programa viajaron a dicha zona el Dr. Carl Taylor y el Coordinador del PAC y entablaron cordiales relaciones con el Director de Salud el Dr. José Antonio Sulca Báez, quien mostró su total apoyo al PAC y, en el caso de Chíncha, la Dra. Buenaventura Grimaldo, Directora de la UTES Chíncha se ofreció voluntariamente a implantarlo.

Una vez decididas las zonas piloto, se identificaron los establecimientos de salud donde se iba a instalar el CLAS. En Ayacucho se escogió los Centros de Salud de Carmen Alto, Santa Elena, Quinua y Luricocha y en el caso de Chíncha los siguientes establecimientos de salud: Pueblo Nuevo, Chíncha Baja, Alto Larán, Grocio Prado, Santa Rosa, San Isidro, Los Alamos, El Salvador y El Carmen.

---

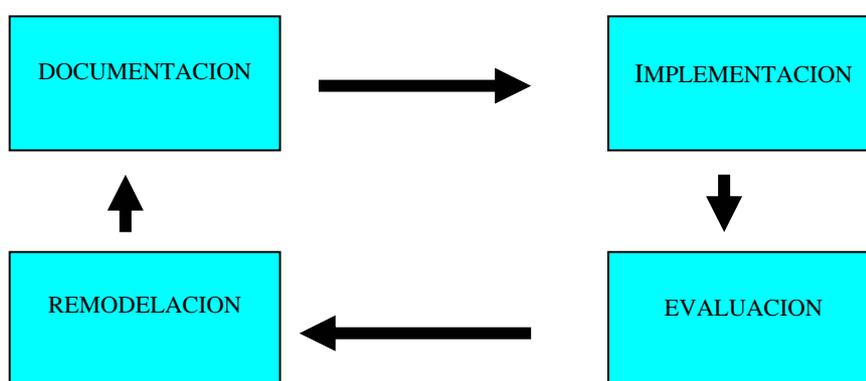
---

A continuación se iniciaron las acciones de capacitación al personal directivo y a los miembros de la comunidad identificado por los jefes de los establecimientos de salud. Se prestó apoyo técnico en la constitución del CLAS, la elección de los miembros de la Asamblea, la redacción de sus estatutos, la elaboración del Programa Local de Salud y la formulación de los Contratos de Administración Compartida.

Los primeros 13 CLAS se instalaron el 26 y 27 de julio de 1994 (4 en Ayacucho y 9 en Chincha) con presencia del Sr. Ministro de Salud quien en acto público en las ciudades de Ayacucho y Chincha Alta testificó la suscripción de los Contratos de Administración Compartida entre el Director de Salud y los Presidentes de los CLAS.

Este hecho constituyó una experiencia valiosa para el equipo sobre los procesos de capacitación, organización de los CLAS y redacción de los documentos de gestión.

El esquema real de implementación del PAC siguió una ruta, si bien no diferente, pero sí más completa: 1) Formulación de la documentación técnica; 2) Implementación y puesta en funcionamiento de los CLAS; 3) Evaluación del PAC; 4) Remodelamiento de propuestas a la luz de las evaluaciones. Esto se puede mostrar en el siguiente gráfico:



*Figura 1.* Esquema e implementación del PAC.

También sirvió para comprobar la necesidad de incrementar el equipo técnico del PAC. Es así que se incorporan consultores contratados por el Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud.<sup>22</sup>

Con la llegada de este contingente se mejora la consistencia técnica de los documentos de gestión, se preparan los documentos para la capacitación del personal de salud y de la comunidad y se afinan las coordinaciones con las Direcciones de Salud.

Durante este período, el equipo técnico viajó a cada Dirección de Salud para ejecutar reuniones de información, sensibilización y coordinación de las acciones a ejecutar para la conformación de CLAS. Se desarrollaron 16 reuniones con representantes de las organizaciones comunales y trabajadores de salud (principalmente jefes de establecimientos).

---

<sup>22</sup> Dr. Alfredo Sobrevilla Ricci; Dr. Nicolás Velarde Gonzales; Dra, Inés Gianolli; Dr. Jorge Cevallos; Arquitecto Jorge Figueroa y la Economista Zadith Soplin.

---

Sin embargo no se consiguió el resultado esperado para los esfuerzos desplegados. Cuzco, una de las regiones en las cuales se concentró gran parte de los esfuerzos del equipo técnico y recursos del Nivel Central postergó excesivamente la conformación de sus CLAS asumiendo una actitud expectante. Mas aun fue en esta Dirección donde el Sindicato de Trabajadores del Sector Salud desplegó una abierta campaña contra los CLAS, incitando al personal de salud a rechazar la “privatización” de la salud con la instalación de los CLAS.

En el periodo comprendido entre los meses de Julio a Agosto, el Programa soporta su primera gran crisis existencial, pues fue objeto de los ataques de las organizaciones sindicales y gremiales del sector salud en el ámbito nacional, aunado a una sorda campana promovida por los funcionarios del Nivel Central del MINSA.

El primer argumento esgrimido contra el CLAS fue que con su implantación desaparecía la estabilidad laboral del personal nombrado. Otro de los argumentos fue que la privatización de los servicios de salud atentaba contra la salud de la población. Además manifestaban que el PAC tenía un trasfondo político pues en 1995 se iban a realizar las elecciones presidenciales. Evidentemente estos argumentos generaron zozobra en el personal de salud y una actitud pasiva de parte de los Directores de Salud.

El equipo técnico evaluó el desarrollo del Programa e identifica dos cursos de acción:

- a. Continuar con el proceso de implantación progresiva de los CLAS según el ritmo que le impusieran los Directores Regionales de Salud u;
- b. Optar por una actitud agresiva de lanzamiento nacional del programa asumiendo todas las consecuencias.

El análisis situacional determinaba el siguiente panorama:

En el nivel central el Programa era visto, más que como una línea de política sectorial, como un proyecto personal. La escasa coordinación con las unidades estructurales del MINSA, su existencia casi fantasmal y la dependencia notable que se tenía de la Alta Dirección y del financiamiento por parte de otros programas con lógicas diferentes de intervención en el ámbito regional, abonaban a favor de esta percepción. En estas condiciones el programa tenía una precariedad política y una escasa sostenibilidad financiera.

En el nivel regional la lectura era similar a la del Nivel Central, más aún por estar sus dependencias cercanas a las unidades productoras de servicios de salud, recibían con más facilidad y prontitud las presiones sindicales y gremiales en contra del programa.

De otro lado, el equipo tenía conciencia de la situación de verdadera gravedad en aspectos sanitarios en el nivel local que justificaba el ir a escala rápidamente antes de realizarse la prueba regular de los pilotos; el financiamiento de las prestaciones de salud comprendidas en el Programa de Salud Local estaba asegurado y; finalmente se tenía el apoyo político de la Alta Dirección del MINSA.

Por otra parte, las corrientes externas de la salud pública abonaban a favor de la descentralización y la cogestión de los servicios públicos de salud. La Ley de participación en la gestión de los servicios públicos de Bolivia, la municipalización de la salud en Chile,

---

---

las experiencias de participación de la Iniciativa de Bamako; las lecciones recogidas por el Banco Mundial en su publicación “Invertir en Salud” apuntalaban el Programa.

En el balance de las alternativas primó la segunda opción y se eligió por un lanzamiento nacional. En esta parte del informe, es necesario hacer un alto para comentar el grado de discrecionalidad de las decisiones del Equipo Técnico. Al formar parte de la Alta Dirección del MINSA, porque así lo establecía la Directiva que norma la constitución, organización y funcionamiento de los CLAS, el equipo del PAC no tenía encima una dependencia u órgano que regulara, controlara o monitoreara sus actividades. Esta situación, además de la ubicación física del programa (oficina contigua al despacho del Sr. Ministro) le otorgaba un “poder” discrecional que le permitía tomar por sí y ante sí las decisiones que consideraban pertinentes.

En este esquema de implementación quedaba claro que había la convicción que sí era posible la implementación de mecanismos para mejorar los servicios en aspectos de eficiencia, efectividad y calidad. Es decir, que era preferible la opción de ejecutar esta intervención a la opción de no hacer nada. Según esta manera de pensar y de proceder, podrían tenerse dos interpretaciones radicalmente diferentes: la de existir un elevado nivel de audacia por parte del equipo impulsor del PAC, o bien la responsabilidad histórica de tener la oportunidad de mejorar rápidamente los servicios de salud del nivel local antes de realizarse la prueba regular de los pilotos. Es posible que la situación verdadera no se encuentre en ninguno de estos extremos, sino más bien en un justo medio.<sup>23</sup>

Para este efecto se definieron las siguientes estrategias:

1. Expandir silenciosamente el PAC a escala nacional, revitalizando los servicios de salud, dotando a cada CLAS que se conformaba, de una significativa suma de dinero para la adquisición de equipo, material médico y en algunos casos de recursos para el mejoramiento de la infraestructura. Se estableció como meta ambiciosa la organización de 500 CLAS a fines de Diciembre de 1994.
2. Coordinar con la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas el abastecimiento de paquetes de medicamentos e insumos a los CLAS formados, así como promover la organización y funcionamiento del Programa de Administración Compartida de Farmacias (PACFARM) como un paso previo para la organización de los CLAS.
3. Organizar un evento nacional con la participación de los Directores Regionales de Salud con la presencia de sus equipos técnicos para impulsar la propuesta.
4. Organizar en cada Dirección de salud los Equipos Permanentes de Apoyo al Programa de Administración Compartida (EPAC) como órganos responsables de organizar, poner en funcionamiento los CLAS así como monitorear su desarrollo.
5. Profundizar las acciones de sensibilización y capacitación al personal administrativo de las DISAS y al personal de salud de los establecimientos de salud, así como a los miembros de la comunidad organizada.

---

<sup>23</sup> Dentro de los lineamientos operativos del PAC se reconoce el rol crítico que corresponde a los siguientes temas: Oportunidad política: generación de capacidades; involucramiento del aparato estatal en todos los niveles; financiamiento adecuado de costos hundidos; identificación de una contraparte adecuada para la firma de compromisos que tengan el adecuado reconocimiento legal.

---

6. Organizar eventos macroregionales con la participación de los EPAC y los Presidentes de los CLAS para evaluar el funcionamiento de los CLAS e intercambiar experiencias.
7. Compilar toda la información técnica relativa a los CLAS y editar un Compendio para su difusión a escala nacional.
8. A fin de evitar las confrontaciones sindicales, gremiales y las protestas en contra del CLAS, se decidió no organizar los CLAS en Lima Metropolitana.

La realización del Primer Evento Nacional de Administración Compartida (Setiembre 1994) constituye en sí un hito de radical importancia.

Diseñada y aprobada la estrategia, el Equipo Técnico concentro sus esfuerzos para la organización de un Seminario Taller que convocara a los Directores Regionales de Salud y a los responsables de participación comunitaria y de servicios de salud de cada ámbito regional. Así, a inicios de setiembre de 1994 se organizó en La Planicie, Lima una reunión de 03 días en la cual el Ministro de Salud Dr. Jaime Freundt puso de manifiesto el interés que tenía el sector en la puesta en marcha del modelo. Las reuniones de trabajo incluyeron discusiones sobre el Decreto Supremo, el proyecto de Directiva Base y otros documentos técnicos elaborados por el equipo del Nivel Central. Se evaluaron los formatos disponibles para el trámite de CLAS ante el Nivel Central. Finalmente, cada Director de Salud fue comprometido para la conformación de un número de 10 a 15 CLAS en los ámbitos a su cargo en los siguientes 03 meses.

La reunión de setiembre en Lima fue crucial para el despegue del Programa. En octubre, la cantidad de CLAS en funcionamiento había pasado de 13 a 42 y en los siguientes meses se incorporan un número mayor de CLAS, tal como se muestra en el siguiente cuadro.

**Cuadro 9.** Número de CLAS en operación por cada Dirección de Salud durante 1994

Direcciones de Salud	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Ayacucho	4	4	4	4	4	4
Ica	9	9	9	9	10	10
Chavín				3	5	5
La Libertad				10	11	11
Loreto				14	14	14
San Martín					7	7
Cajamarca					3	3
Chota					41	41
Chachapoyas					10	10
L. Castillo					2	2
Tacna					10	10
Puno					1	1
Cuzco					8	8
M. de Dios					9	9
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>13</b>	<b>40</b>	<b>135</b>	<b>135</b>

---

### **3.3 Segunda Fase de la Administración Compartida: Consolidación del PAC**

Dos hitos delimitan esta fase: La realización del Seminario Taller y la aprobación de la Directiva Base a inicios de octubre de 1994 y la conformación del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) en noviembre de 1997<sup>24</sup>. Esta fase se caracterizó por los siguientes aspectos:

- El crecimiento notable del número de CLAS a escala nacional;
- Intensa actividad del Equipo Técnico en la difusión del PAC en el ámbito nacional;
- El posicionamiento del PAC en el nivel central del MINSA.<sup>25</sup>
- La elaboración y difusión de documentos técnicos;
- Desarrollo de modelos para fortalecer las condiciones de funcionamiento del PAC.
- Gestión de algunas fuentes de financiamiento alternativas.

#### **3.3.1 Incremento del número de CLAS**

En 1995 se produce la segunda incorporación masiva de más de 219 CLAS. En este segundo momento, la incorporación de nuevos CLAS también recibe un soporte financiero relativamente generoso. El PAC llega en esta etapa a estar integrado por un número crítico de CLAS, y por consiguiente, logra el punto de no retorno – aquel en el que el tamaño de la oferta de servicios que se había comprometido era lo suficientemente grande como para dificultar un retroceso en la política sanitaria, sin que de por medio hubiera un fenómeno de desacumulación política acelerada al interior del MINSA. Asimismo, en este momento, el PAC adquiere su rostro nacional que no había podido ser logrado con la primera ola.

La tercera ola de CLAS, así como las subsiguientes está fundamentalmente integrada por aquellas DISAs que responden positivamente al intensivo Programa de Sensibilización que el Equipo Central había desplegado en casi todo el país. Constituyen a partir de esta generación, aquellos CLAS que reciben financiamiento para la contratación de personal y otros gastos corrientes. Aunque se sigue dando soporte financiero a los CLAS para que éstos formulen y ejecuten proyectos de inversión dentro de los establecimientos, éste es en cada ocasión más restrictivo.

Esta etapa finalizó con la consolidación del marco normativo del PAC, la conformación de un equipo técnico responsable de su gestión y con el desarrollo de acciones intensivas de expansión del programa.

Es importante puntualizar que en esta etapa se disiparon las dudas respecto a la naturaleza del programa que provocaron inicialmente la resistencia de las organizaciones gremiales y profesionales; no hubo despidos de personal, se respetó la estabilidad laboral del personal

---

<sup>24</sup> Resolución Ministerial No. 534-97-SA/DM que crea el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG).

<sup>25</sup> A inicios de 1998, mediante Resolución Ministerial No. 143-98-SA/DM se incorpora el Programa de Administración Compartida al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión.

---

---

nombrado, se mejoro notablemente la oferta de servicios, se incrementaron sustancialmente las coberturas y la población percibió una mejor atención de calidad.

En el Cuadro 10 se indica el incremento de CLAS durante este período.

**Cuadro 10.** Evolución de la Conformación de CLAS durante los años 1994 a 1997

	Diciembre 1994	Diciembre 1995	Diciembre 1996	Diciembre 1997
Números de CLAS incorporados	219	216	18	95
CLAS en funcionamiento	219	435	453	548
Presupuesto Ejecutado	3' 053,707	27' 830,240	35' 130,760	35' 775,361

### 3.3.2 Redefinición de la Gestión del PAC en el Nivel Central

Al iniciar este período, el nivel de intervención de la Alta Dirección en el desarrollo del Programa fue mucho menor que en la anterior fase. Las iniciativas y las coordinaciones para el desarrollo el PAC dependieron principalmente del Coordinador del equipo técnico.

Las diferencias que había entre la estrategia del PAC y del PSBPT que al principio eran atenuadas se hicieron cada vez más evidentes; toda vez que este último actuaba como “financiar” de los CLAS, comenzaron a imponer condiciones que atentaba contra los principios de descentralización del PAC. Algunas acciones que marcaron las diferencias entre uno y otro programa fueron:

- El cuestionamiento respecto a la aparición de “sobrecostos” en el financiamiento de los servicios debido al régimen laboral y modalidad de contratación de personal utilizada en el modelo de administración compartida. El pago de aportaciones y beneficios sociales asociados a la modalidad de contratación privada fue presentado como un elemento perjudicial para una ejecución eficiente en el marco del gasto social. La alternativa de contratos de servicios presentada por el PSBPT aparecía notablemente “menos costosa”.
- El PSBPT ha sido desde su formación un programa de inversión social administrado centralizadamente. El PSBT, a través de su Unidad de Supervisión, brindaba asesoramiento a las Direcciones de Salud en la formulación de requerimientos de inversión en infraestructura y dotación de personal; sin embargo, la aprobación definitiva de las solicitudes presentadas era potestativa de la Jefatura de dicho programa. En tanto que la política asumida por el PAC estaba orientada a promover la autonomía en la programación y ejecución del gasto. Las decisiones sobre el uso de los recursos y la aprobación de los presupuestos tenían dos niveles de discrecionalidad. Las decisiones corrientes (contratación de personal, adquisición de bienes, insumos y medicamentos) dependían del nivel local y las decisiones especiales (inversión en infraestructura) del nivel regional.

- 
- Esta diferencia también se apreció en el tema de contratación y evaluación del personal en los establecimientos de salud. El PSBPT promovió una política de contratación de personal con contratos de locación de servicios por 03 meses renovables y con evaluaciones trimestrales del rendimiento individual hechos por la Dirección de Salud. El personal descalificado dejaba de renovar contratos y se incentivaban concursos trimestrales. Por su parte, el PAC promovió una política de contratación de personal completamente descentralizada bajo las normas del régimen privado del D. L. 728. Los contratos a cargo de los CLAS tenía una vigencia anual (durante 1995 fueron trimestrales) así como la evaluación de su personal. La labor de la Dirección de Salud se limitaba a asesorar técnicamente dicha selección. Esta situación limitaba notablemente las posibilidades de intervenciones arbitrarias y promovía una designación más transparente.
  - El tema de la supervisión de los establecimientos reflejaba también estas diferencias. El sistema de supervisión de establecimientos del PSBPT presentaba dos niveles: la supervisión del Comité de Gestión regional del PSBPT, y la supervisión intensa hecha desde el Nivel Central a las Direcciones de Salud y a algunos establecimientos con el propósito de evaluar la gestión regional. Por su parte, las actividades de supervisión en el PAC se soportaban principalmente en las labores del EPAC. Las actividades de supervisión del Equipo Técnico eran más limitadas y enfatizaban principalmente el asesoramiento técnico a las Direcciones de Salud.

Frente a estas diferencias, la gestión del PAC se constituyó en una línea de trabajo independiente de las definiciones que asumía la Jefatura del PSBPT, su principal financiador, y de las iniciativas que en materia de reforma comenzaron a darse por parte de los proyectos de cooperación externa existentes en el Ministerio de Salud. Si bien es cierto, que existía un nivel moderado de coordinación, las oportunidades de comunicación y de difusión del modelo y de los instrumentos que formaban parte del PAC y del nivel de involucramiento de los diferentes equipos técnicos existentes en el Ministerio de Salud no fue la que requería el desarrollo de un Programa de esta naturaleza. Las limitaciones que presentaba esta forma de gestión se hicieron cada vez más evidentes y se planteó la necesidad de incorporar la gestión del PAC a la organización del Ministerio de Salud.

Una iniciativa destinada a revertir esta situación fue la de conformar un Comité Técnico de alto nivel, en el cual se definiera la política, acciones y financiamiento relacionados al funcionamiento de los CLAS. En efecto, en febrero de 1997, mediante la Resolución Ministerial N° 124-97-SA/DM se conformó el Comité Técnico de Coordinación y Apoyo al Programa de Administración Compartida (COPAC) presidido por el Ministro de Salud o su representante, y conformado por los Directores Generales de Salud de las Personas, de Medicamentos Insumos y Drogas, de Planificación y de Administración y los Jefes de los Programas y Proyectos del Ministerio de Salud (PSBPT, PFSS, Proyecto 2000 y el Proyecto Salud y Nutrición Básica).

En la práctica, el COPAC no cumplió los objetivos para los cuales fue creado. Durante 1997 solo se desarrollaron 03 sesiones. Los principales aspectos discutidos durante estas sesiones se relacionaron a la necesidad de designar un encargado del Programa que responda ante la Alta Dirección por los aciertos y desaciertos en la marcha del mismo y la necesidad de integrar las gestiones del PSBPT y del PAC ante la progresiva diferencia que se estuvo dando entre sus objetivos programáticos.

---

---

En tanto, la gestión del PAC se mantuvo a cargo de un equipo de consultores en el Nivel Central cuyo coordinador desarrollaba las tareas de comunicación con la Alta Dirección y los Directores de Salud.

### 3.3.3 Impulso de la Gestión Descentralizada del Programa

Considerando las limitaciones hasta ahora presentadas en el Nivel Central para un manejo directo del Programa y las peculiaridades de la organización regional en el País, se asumió que la medida más acertada para fortalecer el desarrollo del PAC era asignar a las Direcciones de Salud un doble papel: de conductores del PAC en el ámbito regional (aportando el rol normativo y técnico) y de parte contratante del Programa de Salud Local (aportando el rol financiador y de control).

Para tal fin, se promovió la conformación de equipos de trabajo regionales denominados Equipos de Apoyo Permanente al PAC (EPAC).

La Directiva Base N° 01-94-SA establecía que los equipos de trabajo regionales estaban presididos por el Director Regional de Salud y proporcionaba algunas funciones orientadas principalmente a la conformación de CLAS. Posteriormente, los instructivos difundidos en 1995 (“Conformación de los EPAC”) establecían la designación de un Coordinador de EPAC un auditor contable y un auditor médico y establecía sus funciones de promoción, control y asesoría técnica.

La conformación de los EPAC, empero, estuvo cargada de una serie de limitaciones:

- *Los EPAC reprodujeron en sus respectivas regiones las diferencias existentes entre la gestión del PSBPT y el PAC en el Nivel Central.* La conformación de los EPAC significó para algunas Direcciones de Salud la conformación de un grupo paralelo al Comité de Gestión del PSBPT. Sin embargo, a diferencia del Comité de Gestión del PSBPT, que recibía un fondo destinado a sus actividades, el EPAC no contaba con recursos ni incentivos para sus quehaceres. Las indicaciones dadas por las directivas del PSBPT respecto a que el destino de los fondos del Comité de Gestión incluía las actividades de gestión del PAC, el clima de competencia entre los dos programas favoreció la marginación de las actividades referentes a los CLAS.
- *En algunas Direcciones de Salud la designación del EPAC no estuvo respaldada por una visión adecuada del Programa.* Se entendió de manera equivocada que el PAC era sólo un programa de promoción de la participación comunitaria, dejando de lado el elemento de mejoramiento de la gestión de los servicios. Por este motivo en algunas Direcciones de Salud el responsable del PAC fue el encargado de participación comunitaria. Ello generó una definición equivocada de las líneas de trabajo requeridas para el desarrollo del PAC y de las tareas de asesoramiento técnico para las cuales debía avocarse el EPAC. En algunos casos la designación de los miembros del EPAC recayó en personas sin mayor experiencia en la gestión de servicios periféricos. El nivel de elaboración de propuesta alcanzado en las Direcciones de Salud y la cantidad de dificultades que fueron surgiendo con el funcionamiento de los CLAS reflejó esta situación.

Sin embargo, los productos positivos de la iniciativa descentralizadora no tardaron en presentarse, y fue la liberación del ingenio y la iniciativa de los operadores locales que se manifestaron en la aparición de propuestas locales y modelos novedosos que empataron perfectamente con propuestas de reforma del sector salud, como por ejemplo:

PROPUESTAS LOCALES	AFINIDAD CON PROCESOS DE REFORMA EN SALUD.
- La instalación del Seguro Agrario en el CLAS Sama Las Yaras de la Dirección Regional de Salud de Tacna con la participación de la Municipalidad Distrital como la compradora de servicios de salud.	Propuesta promovida en 1995 por la Dirección Regional de Salud de Tacna, de creación de un sistema de aseguramiento a la población desprotegida. Sirvió de base para la creación del Seguro Materno Infantil.
- La aplicación de los modelos de atención promovidos por Unitrujillo en el CLAS Las Delicias de la ciudad de Trujillo con estrategias de identificación de usuarios del alto riesgo y la sectorización del ámbito de responsabilidad de cada establecimiento de salud	Prototipo de modelo de atención integral, priorizando estrategias orientadas a incrementar las coberturas de aquellas poblaciones que difícilmente acceden a los servicios de salud. (equidad).
- La organización de la red horizontal especializada en servicios de salud entre los CLAS de Piura	Contrucción de redes horizontales, buscando la eficiencia y especialización en la prestación de servicios.
- La creación de experiencias de prepago como el parto ahorro instalado en San Martín y en el CLAS de Hunter en Arequipa	Incentivo al cuidado de la salud por parte de la comunidad y la familia.

### 3.3.4 Elaboración de instructivos y documentos técnicos

Durante este periodo comenzó a hacerse evidente que no bastaba lo enunciado en el Decreto Supremo N° 01-94-SA y la Directiva Base N° 01-94-SA para el orientar el funcionamiento de los CLAS.

Hasta ese momento, el Equipo Técnico sólo había producido un cuadernillo conteniendo los formatos elaborados y algunos documentos de trabajo del Programa de tiraje limitado que fueron repartidos a los asistentes del Seminario Taller realizado en setiembre de 1994.

En 1996, con el apoyo de UNICEF se gestionó la publicación de una guía denominada *Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Organización y Modelo de Gestión. El Programa de Salud Local*, en un tiraje tal que permitió su difusión nacional. Dicha guía proporcionaba información general sobre todos los aspectos críticos del funcionamiento de los CLAS. La segunda edición de esta guía fue difundida en noviembre de 1997. Su popularidad fue tal que fue conocida simplemente como “el Libro Verde”.

Complementariamente el Equipo Técnico se dedicó a elaborar instructivos que recogieran la normatividad vigente en aspectos tributarios, laborales y contables y los procedimientos más comunes de la administración. Durante los años 1995 y 1996 se elaboró una propuesta de directiva sobre los aspectos financieros del PAC que nunca llegó a aprobarse. Sin embargo, durante 1996 se difundieron un paquete de instructivos para 10 aspectos específicos del funcionamiento de los CLAS.

De igual modo una de las preocupaciones del Equipo Técnico del Nivel Central fue el diseño de instrumentos de evaluación y la definición de criterios que permitan medir los

---

avances obtenidos. Durante este período se distribuyeron a los EPAC los siguientes instructivos de evaluación elaborados:

- Instructivo de Evaluación del Desarrollo de Actividades en los Establecimientos Incorporados al PAC (1996)
- Instructivo de Evaluación de las Actividades Realizadas por las Direcciones Regionales en Apoyo de los CLAS en Funcionamiento en su ámbito (1996)
- Instructivo Técnico de Evaluación (julio 1997)

Los últimos documentos establecieron un conjunto de indicadores a partir de los cuales se evalúe la marcha general del Programa.

Se estableció como práctica la evaluación trimestral de la ejecución del Programa de Salud Local a cargo de las Direcciones de Salud y la presentación de informes memorias y balances contables que reflejaran la ejecución de los fondos.

### **3.3.5 Desarrollo de Estrategias para Fortalecer el Funcionamiento del PAC: Reuniones de Trabajo Nacionales y Macro Regionales**

Luego del seminario taller de setiembre de 1994, las reuniones en las que participó el Equipo Técnico se limitaron principalmente a reuniones de trabajo locales con los funcionarios en cada Dirección de Salud durante las visitas efectuadas y a la participación como ponentes en los eventos de capacitación realizados en cada Dirección de Salud.

En 1995, con el propósito de proporcionar nuevas orientaciones a los funcionarios se realizaron 04 reuniones macro regionales con la participación de delegaciones de todas las direcciones de salud en tres zonas (norte, centro, oriente y sur). En octubre de 1996 se realizó una Reunión Nacional en Lima para la difusión de nuevas directivas a los CLAS. En 1997 no se realizaron reuniones.

Estas reuniones fueron financiadas principalmente con fondos del PSBPT y del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud.

Así mismo, se realizaron encuentros de evaluación de los CLAS en cada una de las Direcciones Regionales de Salud correspondientes.

Por las características singulares que tuvieron las Mesas de Trabajo realizados en las Direcciones Regionales de salud de Ucayali, Ica y Lima, comentamos su desarrollo:

- a. En la Dirección Regional de Salud de Ucayali, se organizó una reunión de los 32 CLAS con la participación exclusiva de los miembros de los CLAS, acompañados de sus gerentes. Los miembros de la comunidad, sin la presencia de las autoridades de la Dirección Regional supieron manifestar “libremente” sus opiniones con respecto al funcionamiento de los CLAS; denunciaron el manejo irregular por parte de la Dirección Regional de los recursos destinados al equipamiento de los establecimientos de salud que debían ser administrados por los CLAS. Mas tarde se comprobó la

---

adquisición de equipos con precios sobredimensionados; como consecuencia de ello fue sometido a proceso administrativo y penal el Director regional y su equipo de administración.

- b. En la ciudad de Chíncha se reunieron los miembros de los CLAS de la Dirección Regional de Salud de Ica. Convinieron que desde su instalación de los CLAS en este departamento, la población había percibido cambios notables en su funcionamiento, al margen de quien lo estaba administrando; sin embargo mostraron unánimemente su preocupación por el mal trato a los miembros de los CLAS por parte de los funcionarios de los niveles intermedios de la DISA. En esta reunión convinieron en formar la “Federación de los CLAS de Ica” para hacer respetar sus derechos y defenderse de los atropellos a que hubiera lugar.
- c. En el cono norte de Lima se instalaron 4 CLAS, que iniciaron una tradición de reuniones trimestrales en forma rotativa para evaluar el desarrollo del programa de salud local. Del mismo modo, trataban asuntos concernientes a la marcha institucional de los CLAS. Estas reuniones han contado con la participación no sólo del CLAS sino también de los principales dirigentes de la comunidad, y los jefes de los establecimientos en donde había la posibilidad de instalar CLAS. Merece relievase estas reuniones por la riqueza de los resultados y las opiniones que emitía la comunidad, sobre sus relaciones con los servicios públicos de salud y el grado de participación de la comunidad.

### **3.3.6 Aseguramiento del Financiamiento del Programa de Administración Compartida**

*Programa Salud Básica Para Todos.* Durante el tiempo transcurrido entre octubre de 1994 y octubre de 1998, el financiamiento del Programa de Administración Compartida y de las actividades en los establecimientos administrados por los CLAS desde el nivel central dependió principalmente de este Programa.

El financiamiento se ha venido realizando mensualmente a través de transferencias enviadas directamente a los CLAS. Estos montos incluyeron fondos esporádicos para proyectos de mantenimiento y rehabilitación de establecimientos de salud.

Adicionalmente, se enviaron a las Direcciones de Salud, fondos anuales del PSBPT para la realización de reuniones de capacitación con miembros de CLAS y con Gerentes.

Durante la mayor parte 1997 y 1998 el PSBPT dejó de financiar la conformación del Equipo Técnico. Esta situación contribuyó al deterioro de las actividades de gestión en el Nivel Central como se mencionó anteriormente. En 1999 reasume dichas funciones, hasta la actualidad. La evolución del soporte financiero del PSBPT al PAC-CLAS se muestra en el cuadro 11.

**Cuadro 11.** Montos Remesados por el PSBPT a los CLAS durante los años 1994 a 1999

<b>AÑO</b>	<b>Monto Remesado por el PSBPT a los CLAS</b>
1994	3' 053,707
1995	27' 830,240
1996	35' 130,760
1997	35' 775,361
1998	35'845,690
1999	36,764,456

**Banco Interamericano de Desarrollo.** Durante el período que va desde 1994 a 1998, el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, a través de los componentes de apoyo al sector privado y capacitación apoyó en el financiamiento de los eventos de capacitación, pago de los honorarios profesionales de los consultores del PAC y apoyo con material y útiles de escritorio.

**UNICEF.** La contribución de este organismo al desarrollo del PAC se dio a través de financiamiento de algunas reuniones de trabajo, publicaciones y consultorías solicitadas desde el Nivel Central.

**Recursos Directamente Recaudados.** Una fuente de financiamiento final del Programa fueron los recursos directamente recaudados por los servicios prestados. Si bien no influyó en la gestión del nivel central, en algunos casos fueron determinantes para el desarrollo de las iniciativas locales de los EPAC. Las asociaciones de CLAS que se conformaron en La Libertad, Tacna, Ica, entre otras, aportaron fondos para la realización de reuniones locales de evaluación del Programa.

### **3.4 Tercera Fase de la Administración Compartida: Institucionalización de la Gestión del PAC**

En noviembre de 1997 se constituyó el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) encargado de promover la eficiencia en la asignación y uso de los recursos a través los Acuerdos de Gestión suscritos entre el Ministerio de Salud y las Direcciones de Salud. A partir de ese momento, el PAAG pasó a conducir el proceso de reorganización de los servicios de salud en el País. Las tareas de gestión del PAC comenzaron a ajustarse a la espera de una integración al PAAG y comenzó a explorarse una incorporación formal del PAC a la estructura del Ministerio y su adecuación a otras iniciativas de reforma que ya se estaban aplicando.

Cinco meses después, en abril de 1998, se produce la designación de un mismo Coordinador General para el Programa de Administración Compartida y el Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT), con lo que se generó el primer precedente de integración funcional del PAC con el PSBPT, su principal financiador. Posteriormente, con la Directiva N° 003-PAAG-MINSA-98<sup>26</sup>, se redefinió la organización del PAC en

---

<sup>26</sup> La Directiva N° 003-PAAG-MINSA-98 fue aprobada por Resolución Ministerial N° 227-98-SA/DM del 22 de junio de 1998.

el Nivel Central. Se estableció el cargo de Coordinador General, *responsable de las acciones de promoción, constitución y capacitación que se realizan en el nivel nacional*, **Cuadro 12.** Fuentes de Financiamiento de la Gestión del PAC en el Nivel Central y del funcionamiento de los CLAS durante los años 1994 a 1999

<b>FUENTES DE FINANCIAMIENTO</b>	<b>ACTIVIDADES DE GESTION DEL PROGRAMA</b>	<b>REUNIONES DE CAPACITACION</b>	<b>EJECUCION DE LOS PSL Y GASTOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS</b>
<b>Programa de Salud Básica para Todos</b>	Financió la conformación del Equipo Técnico Período 1994-1997, 1999-a la actualidad	Fondos para reuniones nacionales y macro regionales	Proporcionó montos para transferencias del Nivel Central. Principalmente remuneraciones.
<b>Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud</b>	Principal financiador de la conformación del Equipo Técnico y de sus actividades.		
<b>UNICEF</b>	Consultorías cortas	Fondos para reuniones nacionales, mesas de trabajo y publicaciones.	Pequeños Proyectos
<b>Johns Hopkins University</b>		Fondos para reuniones macroregionales .	
<b>Recursos Directamente Recaudados</b>		Reuniones locales	Principalmente bienes y servicios

se le agregó al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión y se indicó su integración funcional con el PSBPT. Se desintegró el COPAC y la función de coordinación del equipo técnico pasó a ser asumida por el Coordinador General.

En los siguientes ocho meses y como parte de dicha integración funcional, el soporte administrativo de la gestión del PAC pasó a ser asumido en forma creciente por el PSBPT y las funciones de seguimiento en las Direcciones de Salud fueron desarrolladas cada vez más por la Unidad de Supervisión del PSBPT. En este contexto, el equipo técnico concentró sus actividades en tareas más especializadas que no han formado parte de los temas de atención del PSBPT. Durante este nuevo período se definieron algunas líneas de trabajo desarrolladas por el Coordinador General que incluyó lo siguiente:

### **3.4.1 Modificación del Marco Normativo**

Los alcances de la Directiva N ° 01-94-SA/DM no facilitaban la corrección de algunas tendencias observadas. Además era necesario generar ajustes para la integración adecuada del PAC a otras iniciativas de modernización del sector impulsadas con la conformación del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. En este sentido se culminó la expedición de una nueva directiva (N ° 003-PAAG-MINSA-98) en junio de 1998 que reemplaza a la anterior y que aporta con cambios y definiciones significativas.

---

### **3.4.2 Recuperación del Compromiso Regional**

Como parte de una estrategia de “relanzamiento” del Programa se organizó una Reunión Nacional en Ancón a inicios de setiembre de 1998 en la cual se presentaron los alcances de algunos estudios de evaluación del modelo y se hizo explícito el interés de la Alta Dirección de mantener el desarrollo del PAC. Los diferentes mensajes alcanzados a los Directores de Salud y responsables regionales del Programa clarificaron la necesidad de recuperar el interés regional en una gestión exitosa del PAC.

### **3.4.3 Impulso a la conformación de nuevos CLAS**

Luego de un año de paralizados los trámites para aprobación de nuevos CLAS (y con más de 100 expedientes detenidos), se propició la modificación del proceso de conformación tal como se había estado desarrollando. Se elaboraron y difundieron criterios renovados expresados en documentos de referencia y se modificaron los trámites y requisitos.

### **3.4.4 Elaboración de Guías e Instructivos**

Como parte de la atención a los aspectos críticos ya detallados, se publicaron dos guías de difusión nacional que desarrollaban como temas:

- Los aspectos y procedimientos laborales, de personal, contables, tributarios y de control; y
- La difusión de nuevos instrumentos legales (modelos de estatutos, actas y contratos) y del método y formato para la formulación del Programa de Salud Local

### **3.4.5 Incorporación Funcional del PAC al PSBPT y al PAAG**

Como parte de lo indicado en la nueva directiva, se puso en práctica un esfuerzo de colaboración y complementariedad entre los equipos de trabajo del PAC y del PSBPT. Por ejemplo, el trabajo conjunto en actividades consideradas prioritarias por el PAAG, vg, la conformación de redes de servicios en las zonas de aplicación inicial de reforma.

### **3.4.6 Evaluación del Funcionamiento del PAC**

Con el fin de procurar una gestión objetiva y eficiente del Programa se ha impulsado el desarrollo de dos evaluaciones:

- 
- **Evaluación interna.** A cargo del equipo técnico del PAC cuyo objetivo fue obtener un diagnóstico de la situación de los diferentes procesos de gestión en los actores involucrados en el funcionamiento del Programa.
  - **Evaluación externa.** Realizada por un equipo de investigadores externos al PAC, que proporciona información sobre la estructura, proceso, resultados e impacto del PAC. Sus resultados aún han sido hechos públicos.

### 3.4.7 Desarrollo de un Nuevo Modelo de Capacitación

Actividad en proceso de implementación. Como parte de este diseño se han gestionado la aplicación de las siguientes estrategias:

- La difusión de boletines bimensuales del PAC
- La realización de las Encuentros Inter Regionales con la participación de Concejos Directivos de CLAS.
- Capacitación en Servicio. A través de la implementación de los CLAS modelo en aspectos de gerencia de servicios, y de participación comunitaria.

## 3.5 Situación Actual del Programa de Administración Compartida

Actualmente, el funcionamiento del PAC está a cargo de un Coordinador General que conduce el Programa sosteniéndose en el Equipo Técnico del Nivel Central y el aparato de gestión del PSBPT. En cada Dirección de Salud en la cual funciona, se cuenta con un coordinador responsable del funcionamiento de los CLAS, incorporado en diferente grado a los Comités Integrados de Gestión, responsables del Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT) y del PAC.

El cuadro 13 indica el número de CLAS existentes en cada Dirección de Salud. Del análisis de este cuadro se pueden apreciar algunos cambios en relación a la situación observada en la Reunión Nacional del PAC en setiembre de 1998. En esta reunión, varias las Direcciones de Salud en las cuales no funcionaba el Programa (Jaén - Bagua, Lima Este, Callao, Cajamarca II, Tumbes, Apurímac I y II) mostraron interés en conformar CLAS en sus ámbitos.

Hasta inicios de 1999 se tenía conocimiento de la existencia de 553 CLAS inscritos en los Registros Públicos de las diferentes regiones del País. La mayoría de éstos (483) tenían contratos suscritos en el marco normativo anterior (Directiva Base N° 01-94-SA/DM) que ya cumplieron el periodo de vigencia regular de 03 años y que fueron extendidos mediante addendum a fin de desarrollar un proceso de adecuación al nuevo marco normativo. Gran parte de ellos se formaron bajo el modelo **un CLAS – un establecimiento** que está siendo reemplazado por el modelo **CLAS – Red.** Hasta el momento de la elaboración de ese informe, dicha reconfiguración de CLAS ha implicado la reducción aparente del número de CLAS, aunque con un crecimiento en términos absolutos del número de establecimientos de salud que se encuentran administrados bajo la modalidad de administración compartida.

**Cuadro 13.** Número de CLAS en funcionamiento en las Direcciones de Salud. (Peru – Febrero 2000)

DISA	No. CLAS	No. Establec.	DISA	No. CLAS	No. Establec.
Amazonas	21	21	Lambayeque	4	11
Ancash	15	82	Lima Ciudad	1	1
Apurímac I	5	22	Lima Norte	4	4
Apurímac II	4	20	Lima Sur	4	4
Arequipa	26	83	Loreto	18	83
Ayacucho	7	19	Madre de Dios	32	32
Cajamarca I	21	21	Moquegua	4	4
Cajamarca II	46	82	Pasco	5	27
Cuzco	15	28	Piura I	15	131
Huancavelica	8	8	Piura II	8	38
Huánuco	17	25	Puno	24	24
Ica	20	20	San Martín	24	106
Jaén	6	37	Tacna	65	65
Junín	14	14	Ucayali	32	32
La Libertad	26	48	<b>Total</b>	<b>491</b>	<b>1092</b>

### 3.5.1 Condicionantes Políticas en el Crecimiento de los CLAS.

La implementación de los CLAS ha seguido, de acuerdo al número de establecimientos incorporados al PAC, un patrón sinusoidal, que está en relación a momentos políticos precisos.

El primer momento corresponde a la gestión del Dr. Freundt, caracterizado porque en este período se modela el Programa de Administración Compartida; se consigue la aprobación de su marco legal, se organiza el equipo técnico; se ponen en funcionamiento los primeros 13 CLAS y fundamentalmente se lleva a cabo el Primer Encuentro Nacional de Administración Compartida, que dio lugar al lanzamiento del Programa.

Es importante anotar que, durante su gestión, hubo factores condicionantes que permitieron el surgimiento del Programa; el primero de ellos fue la puesta en marcha del Programa de Focalización del Gasto Público en Salud destinado a mejorar la capacidad de oferta de los establecimientos del nivel básico de atención, y el segundo fue la aprobación del préstamo del Banco Interamericano de Desarrollo y el inicio de las operaciones del programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud cuyos recursos inyectaron el presupuesto del MINSA.

El siguiente Ministro de Salud, Dr. Eduardo Yong Motta recoge los frutos del Encuentro Nacional de Administración Compartida, en este período se produce un crecimiento explosivo de los CLAS en el ámbito nacional; su crecimiento coincide con el momento político de elecciones presidenciales donde se percibe un mayor gasto social en equipamiento, dotación de material médico y mejoramiento de la infraestructura.

---

Al Dr. Yong le sucede en la cartera de salud el Dr. Marino Costa, quien orienta su gestión hacia la organización y funcionamiento de las redes de servicios y a la puesta en marcha de los Acuerdos de Gestión; le correspondió regularizar la aprobación de los Contratos de Administración Compartida: aprobó la nueva directiva de los CLAS que permite, entre otros cambios, la conformación de un CLAS con un conjunto de establecimientos; sin embargo no mostró interés en incrementar el número de CLAS. En este periodo se realizan evaluaciones a los CLAS y el inicio de las conversaciones con los funcionarios del BID y del Banco Mundial para un nuevo préstamo; dichos funcionarios conocedores de la experiencia del CLAS solicitan se incluya el financiamiento para la ampliación de los CLAS en el ámbito nacional.

Finalmente, durante la gestión del Ministro Aguinaga, se ultiman los detalles para el préstamo del Banco Mundial y del BID y en cumplimiento de un preacuerdo, se ha acelerado el proceso de organización y funcionamiento de los nuevos CLAS. Es notable el hecho que los períodos de crecimiento más acelerado del PAC tienen coincidencia temporal con los períodos de mayor actividad política.

### **3.6 Análisis Crítico de los Logros del PAC: Participación de la Comunidad en los CLAS.**

En la actualidad la participación de la población en el campo de la salud se presenta bajo dos modalidades:

- Un estadio identificado es aquel que denominaremos de "acompañante de las acciones de salud"; Este mecanismo de participación social se da cuando el sector salud "utiliza" a la comunidad para conseguir sus objetivos; los responsables de salud identifican a las organizaciones de base de la comunidad o a los líderes quienes movilizan a la población para la ejecución de acciones puntuales. Ejemplo: movilizar a la población para una campaña de vacunación.
- Otra caracterizada por un mayor desarrollo de la participación es cuando la población organizada interviene compartidamente con el sector salud, en la conducción y administración de las acciones de salud.

El Decreto Supremo No. 01-94 vigente a la fecha establece el “**cómo debe ser**” la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud:

La norma establece las siguientes prerrogativas:

- a. Formar parte del CLAS; la mitad de sus miembros son designados por la comunidad a propuesta de las organizaciones locales que trabajan en el campo de la salud, en tanto que la otra mitad son designados entre los miembros de la comunidad por la autoridad de salud.
- b. Ser elegido Presidente del CLAS y en tal condición suscribir el Contrato de Administración Compartida con el Director de Salud.
- c. En su condición de miembros del CLAS, tienen las siguientes atribuciones:

- 
- Velar por la adecuada ejecución del programa de salud local y evaluar su cumplimiento.
  - Administrar los recursos humanos, financieros, bienes, materiales, equipos y otros asignados.
  - Establecer las condiciones de gratuidad y la escala de tarifas aplicables a la prestación de los servicios en función de las características socio económicas del ámbito y de los individuos.
  - Disponer del total de los ingresos provenientes de la prestación de los servicios, así como los originados por acciones complementarias efectuadas por donaciones, y legados para el funcionamiento del establecimiento, incremento de remuneraciones, contratación de personal, mejora y mantenimiento de la infraestructura física, equipo y mobiliario y otros gastos que permitan la utilización del Programa de Salud local.
  - Proporcionar el mantenimiento adecuado a la infraestructura, maquinarias y equipos del servicio, y;
  - Informar a la autoridad de salud correspondiente los avances en la ejecución del Programa de Salud local y proporcionar las estadísticas que se requieran

Bajo estas regulaciones se desenvuelve el accionar de la comunidad organizada en los CLAS. La pregunta que motiva a continuación es, realmente el CLAS ejerce las atribuciones que le han sido conferidas?

De las evaluaciones realizadas al Programa de Administración Compartida se infiere lo siguiente:

### **3.6.1 Con relación a la Composición del CLAS**

Cortez<sup>27</sup> afirma que *a lo largo de las visitas realizadas se ha constatado que los integrantes de los CLAS se encuentran altamente integrados a su comunidad. Se trata de personas activas que conocen los problemas de la comunidad y que cuentan con un historial de experiencia en cargos de servicio a la colectividad; una proporción muy importante esta integrado por mujeres con experiencia en comités de vaso de leche, comedores populares , los otros grupos de familia de la escuela local; sin embargo, afirma Cortez, un factor que puede afectar la permanencia del modelo de administración compartida es la menor disponibilidad de tiempo de los representantes de la población a favor de la comunidad, mas aun cuando estas actividades no son remuneradas. El esfuerzo que demanda la participación de poblador en el CLAS no es calculado en el momento de su aceptación como miembro del CLAS, pues una vez que asumen el cargo se dan con la sorpresa que las responsabilidades que deben asumir requiere mas tiempo del previsto. Esta situación, aunada a la falta de incentivos (el cargo es meritorio) genera deserción entre sus miembros, ocurriendo que la participación comunitaria se reduce a los tres miembros del Consejo Directivo.(Presidente, Secretario y tesorero) .*

---

<sup>27</sup> Equidad y Calidad de los Servicios de Salud: El caso de los CLAS. Rafael Cortez Valdivia. Universidad del Pacífico. 1998

---

### 3.6.2 Con respecto a las relaciones de los Miembros del CLAS con el Personal de Salud.

Con relación a este punto los evaluadores y los entrevistados clave han manifestado que los miembros del CLAS no se relacionan de la misma manera con el gerente del establecimiento o con el personal de salud en todos los CLAS.

La distribución del poder entre los miembros del CLAS con el personal de salud no es igual. El enorme poder técnico del profesional (especialmente médico) no logra fácilmente ser contrarrestado por un poder conferido legalmente. Entonces el campo de las decisiones que pueden tomar los representantes de la comunidad es muy estrecho y puede ser reducido aun más por el personal de salud bajo el argumento de la “incompetencia”. Esta situación se da particularmente en las zonas rurales, donde el poder es hegemónico del jefe de establecimiento que funge de gerente. Ante esta situación los miembros del CLAS optan por retirarse, desvirtuando la naturaleza básica de la participación comunitaria.

La Universidad Cayetano Heredia y el Consorcio Hospitalario Cataluña efectúan en 1996<sup>28</sup> un estudio sobre la gestión de los servicios de salud en la Dirección Regional de Salud de Arequipa y, asobre el punto observan lo siguiente: *la creación de los CLAS...desde un primer momento no fue visto como una buena idea en Arequipa, como que parecía complicado que fuera un poblador de barrio periférico quien llevara la chequera de la que salían los salarios de los profesionales de la salud. Tras algunos meses de debate se concluye que en realidad se trata de dinero con el que se puede extender las coberturas de los servicios de salud, pero que el aprovechamiento de este recurso no puede ser llevado al extremo de poner el mundo al revés; por tal motivo e convoca a gente de extrema confianza y que pueda ser monitoreada por las instancias de la Dirección Regional, guardándose el puesto clave de tesorera en manos de alguna enfermera de planta que trabaje en la unidad prestadora. Esto parece como una norma no escrita pero que tiene mayor peso que el decreto que crea el CLAS.*

Por otra parte, en algunos lugares del país se forma una alianza entre el Gerente y los miembros del CLAS: estos últimos suelen dominar la acción del gerente y tienen un impulso muy fuerte para “vigilar” la labor del personal de salud. Esta situación genera mucha presión e incomodidad en el personal de salud.

Otra variante de esta alianza puede darse en una situación donde los miembros del CLAS y el gerente del establecimiento no conflictúan entre si; cada uno de ellos cumple sus responsabilidades sin que exista una superposición de funciones . Esta variante se da principalmente en aquellos CLAS ubicados en las zonas urbanas y periurbanas donde los miembros del CLAS, a su vez, tienen un buen nivel educativo y experiencia en el manejo de asociaciones comunales, educativas o dirigido proyectos de desarrollo comunal.

---

<sup>28</sup> Análisis Situacional de la gestión de los servicios de Salud y Propuesta Estratégica. Ministerio de Salud. Programa de Fortalecimiento de Servcios de Salud. Universidad Cayetano Heredia y Consorcio Hospitalario Catalunya. 1996.

---

Por la importancia que tiene la participación comunitaria en las acciones de salud en el modelo CLAS, este es un tema que tiene que ser tratado con mayor dedicación.

### **3.6.3 Con relación a la percepción de la Comunidad sobre el Funcionamiento de los Establecimientos en el PAC**

Marisol Vicuña<sup>29</sup>, emite en su Informe las siguientes conclusiones: ... *Considerando la ausencia de estudios previos de alcance nacional, tenemos que en nuestro país no existe una línea de base para medir la participación comunitaria y frente a las diversas formas de medición planteadas por diferentes autores, en este estudio se seleccionaron un grupo de indicadores, los más sensibles posibles, que en un futuro inmediato permitan realizar el seguimiento de la PC y la formulación adecuada de dicha definición, en el marco de la reforma del sector salud.*

Con relación a la accesibilidad a la información específica sobre CLAS, resalta que sólo uno de cada seis usuarios potenciales (16,6%) que residían en un área con modelo de gestión CLAS tuvo acceso a alguna información general sobre este modelo.

Así mismo Cortéz encontró que el 96% de la población CLAS no había participado en la elección de los representantes de su comunidad y que el 85% desconocía la convocatoria a reuniones por parte de representantes de su comunidad para informar sobre la labor que había realizado el CLAS.

Por otro lado, se observó que en comparación a los líderes comunales de la misma zona, los usuarios potenciales tuvieron menor acceso a la información, ello posiblemente por la probabilidad de mayor exposición de los líderes comunales a este tipo de información. La alta frecuencia de opinión de los usuarios potenciales respecto a la continuación del modelo en las áreas CLAS (87,1%), es un hecho del balance positivo que los entrevistados tienen del modelo, destacando como las razones más importantes para ello: una mejor atención, mayor organización y mayor control del establecimiento de salud; lo que guarda relación con las expectativas sobre el trabajo del establecimiento de salud antes mencionadas. Estas opiniones fueron coincidentes con la percepción de los líderes comunales. Hallazgos similares fueron encontrados por Rojas en los CLAS de la DISA Cajamarca I<sup>30</sup> donde menciona que *"los usuarios están más contentos, debido a la presencia de profesionales, a la ampliación de los horarios de atención y a la existencia de medicamentos en el mismo puesto de salud. Cortéz también encuentra que los entrevistados consideran que la comunidad deberían participar en la administración de los servicios de salud inclinándose por una administración tripartita: MINSA, comunidad y personal de salud. Todas estas opiniones y observaciones descritas en la literatura, muestran la existencia de un substrato importante para la viabilidad técnica del modelo, toda vez que la población percibe ventajas comparativas frente a los modelos tradicionales antes existentes.*

---

<sup>29</sup> Evaluación de los efectos del Programa de Administración Compartida: Encuesta de uso y percepción de los servicios de salud con CLAS. Marisol Vicuña y otros. Ministerio de Salud. Programa de Salud Básica para Todos. 1999

<sup>30</sup> Evaluación de los CLAS en la Dirección Regional de Salud de Cajamarca. Dirección Regional de Salud de Cajamarca- APRISABAC. Jorge Rojas. 1997.

---

---

*Un hecho importante que también está ligado a la aceptación del modelo CLAS, específicamente al componente de participación comunitaria en la administración de los establecimientos de salud, fue la presencia de un nivel de **expectativa alto (65%) a favor de la AC en poblaciones que aún no tienen la experiencia de haber tenido exposición directa al modelo.** Junto a ello, identificaron como medios de comunicación más óptimas entre el establecimiento de salud y la comunidad o viceversa, a las organizaciones de base y la comunidad reunida.*

*De otro lado, es interesante señalar que el perfil de actividades en las que participan los usuarios potenciales, es predominantemente de "ejecución de tareas de orden logístico o preventivo - promocional" que le es indicada por el personal de salud, dejando a las actividades de "planificación y/o evaluación de los servicios" en un segundo plano.*

*Estos resultados muestran, la falta de injerencia del CLAS en la PC, ya que al parecer se continúa con la modalidad de trabajo de los Programas de Salud Nacionales, basados en intervenciones por componentes, donde el rol del usuario no deja de ser pasivo y aislado de las necesidades sentidas de la población, de hecho los hallazgos de nuestro estudio coinciden con esta percepción.*

*Entre las principales formas de colaboración en la logística del establecimiento de salud se identificaron a la asistencia a reuniones o charlas educativas, y el comunicar a la comunidad la realización de asambleas de salud. El apoyo en actividades preventivo-promocionales estuvo centrado en su participación en tareas de saneamiento básico y del PAI. En éstas últimas, la participación de los usuarios CLAS fue mayor que los NO CLAS, lo cual aunque aparece como un elemento aislado, no deja de ser un indicador de una probable mayor articulación establecimiento de salud y comunidad en CLAS. Estos hallazgos se contrastan con las expectativas de participación comunitaria por parte de los usuarios potenciales, quienes manifiestan su interés en promover una mayor coordinación entre el establecimiento de salud y la comunidad, brindar un mayor apoyo para la realización de campañas o visitas comunales, incentivar la participación de la población y fomentar la comunicación entre el establecimiento de salud y la comunidad. En ese sentido, los hallazgos muestran que la población de usuarios potenciales está dispuesta a asumir un rol más activo en la salud de sus comunidades".*

A modo de conclusión podemos afirmar que el PAC-CLAS ha permitido hacer más transparente dos modalidades de participación comunitaria en el marco de su interacción con el Estado en materia de salud. Un segmento de la comunidad, conformado por los representantes de la comunidad integrantes del CLAS tiene una *participación activa, e intervienen directamente en la conducción y administración de las acciones de salud.* El otro segmento de la comunidad, tiene una participación cocenbida como un *acompañamiento de las acciones de salud.* Esto puede indicar que el PAC-CLAS es el inicio de un proceso más amplio y activo de involucramiento de la comunidad en todo lo referido a su salud. Sin embargo, otra lectura puede también indicar que estas dos modalidades de participación comunitaria existentes en el nivel local son de carácter definitivo, colocando límites muy precisos – fijados por la práctica – a la intervención ciudadana. Esto no hace más que abrir una línea de investigación sobre el nivel de participación comunitaria deseable en el nivel local. El carácter de deseabilidad tendría un parámetro de evaluación definitivo con referencia a los logros

---

---

de salud. Los propulsores de la participación comunitaria pueden argüir que aquellos CLAS en los que hay más *participación activa* hay más eficacia que los CLAS que tienen *participación acompañante*. Los propulsores de un enfoque más profesionalizante pueden argüir todo lo contrario, es decir, que una *participación acompañante* facilita las acciones de salud más acorde con las políticas nacionales y regionales de salud. Las investigaciones realizadas hasta el momento de elaboración de éste informe no permiten hacer esta discriminación fundamental.

### 3.7 Análisis Crítico de los Logros del PAC: Equidad

Pese a que todas las definiciones de equidad se fundamentan en los principios de justicia distributiva, no existe una definición consensual sobre equidad en salud.

Para West<sup>31</sup>, hay dos principios de equidad en Salud, la *Equidad horizontal*, entendida como la igualdad de tratamiento para la población con igual necesidad de salud (p.ej. enfermedades iguales), y *Equidad vertical*, definida como la capacidad del sistema de brindar mayores beneficios para aquellas personas que presentan mayores necesidades de salud, o comúnmente, “desigualdad de tratamiento de enfermedades desiguales”. Mooney<sup>32</sup> describe siete posibles definiciones de equidad en salud, susceptibles de ser medidas:

1. Igualdad de gasto per cápita
2. Igualdad de recursos per cápita
3. Igualdad de gastos para iguales necesidades
4. Igualdad de acceso para iguales necesidades
5. Igualdad de utilización para iguales necesidades
6. Igualdad de las necesidades marginales atendidas
7. Igualdad de Salud.

La equidad es un concepto que si bien tiene como finalidad última la igualdad, se basa en la necesidad de adecuarse a las necesidades cambiantes y diferentes de la población, la familia y los individuos, de acuerdo a los riesgos epidemiológicos y sociales. Por lo tanto un servicio de salud deberá, en función de la equidad, identificar esas poblaciones, esos riesgos y asignar sus recursos y esfuerzos de manera diferencial para resolver los problemas de salud y enfermedad.

Las intervenciones de salud en nuestro país no han seguido un marco conceptual explícito de la equidad. Sin embargo, a partir de la revisión de las referencias sobre logros en equidad, se identifica una preferencia por definir la equidad en términos de distribución de recursos financieros. Reflejo de esto es la recopilación y difusión de datos sobre montos presupuestales asignados a poblaciones “pobres” y “ricas”. En base a este enfoque, y evaluando los montos presupuestales percapita asignados por el Ministerio de Salud a los departamentos más “ricos” con relación a otros considerados “pobres” se puede apreciar una situación aún no ideal, ya que persisten mayores niveles

---

<sup>31</sup> West P.A. Theoretical and Practical Equity in the National Health Service in England. Social Science and Medicine. 1981.

<sup>32</sup> Mooney G.H. Equity in Health Care: Confronting the Confusion. Effective Health Care. Vol. 1;4.1983.

de financiamiento hacia los sectores “ricos”, que en apariencia requerirían menos recursos públicos en relación a los sectores pobres. Incluso, dentro de cada departamento, las asignaciones per cápita a los pobladores de las zonas urbanas es mucho mayor que las asignadas a las poblaciones ubicadas en los ámbitos rurales. En el documento Análisis del Financiamiento del Sector Salud<sup>33</sup>, Zamora señala: *Al analizar la asignación geográfica del gasto en salud, se observa que aproximadamente el 60% del gasto total del país se concentra en Lima y el 40% restante en el resto de los departamentos. En otras palabras donde se concentra el 32% de la población se asigna el 60%, mientras que donde se concentra el 68% de la población se gasta el 40%..... Al analizar el gasto per cápita por departamento, se registró que en 1995 el mayor gasto per cápita correspondía a Lima con S/.377 por persona, Puno con S/. 37 soles; Apurímac con S/. 49, entre otros.*

## GASTO PUBLICO EN SALUD Y NECESIDADES

### 12 Subregiones de Salud - 1994

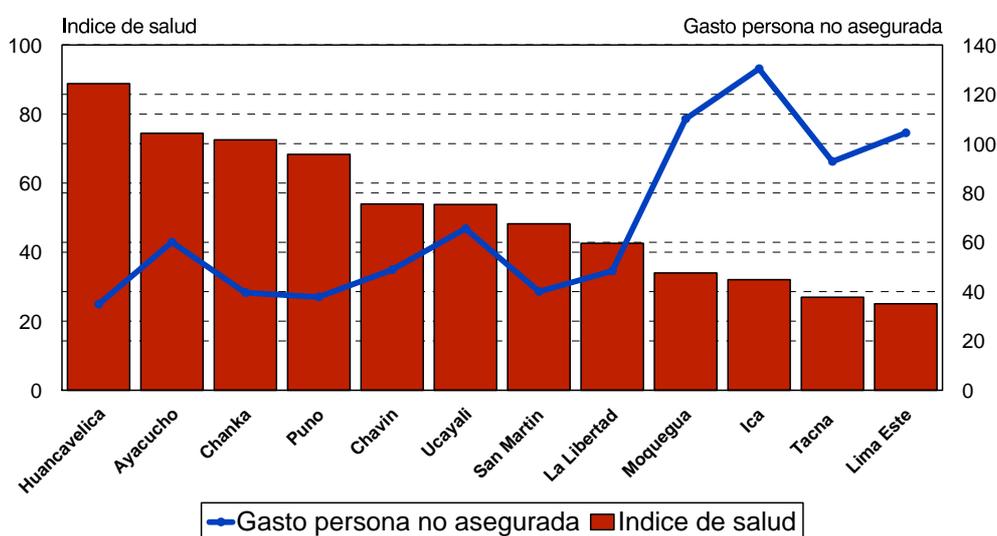


Figura 2. Gasto Público en Salud. MINSA. Año 1994

Cuadro 14. Gasto per capita en salud por departamentos 1995

Departamentos	Gasto P/C	Departamentos	Gasto P/C
Tumbes	89	Piura	78
Lambayeque	152	Cajamarca	40
Amazonas	51	Loreto	80
San Martín	62	La Libertad	112
Ancash	77	Huánuco	58
Ucayali	115	Lima	377
Pasco	109	Junín	96
Huancavelica	49	Cusco	63
Madre de Dios	173	Ica	129
Ayacucho	71	Apurimac	49
Arequipa	204	Puno	37
Moquegua	205	Tacna	129

Fuente: MINSA Análisis del Financiamiento del Sector Salud (ESAN- AUPHA-SEVERS-FUNSALUD. Setiembre 1996)

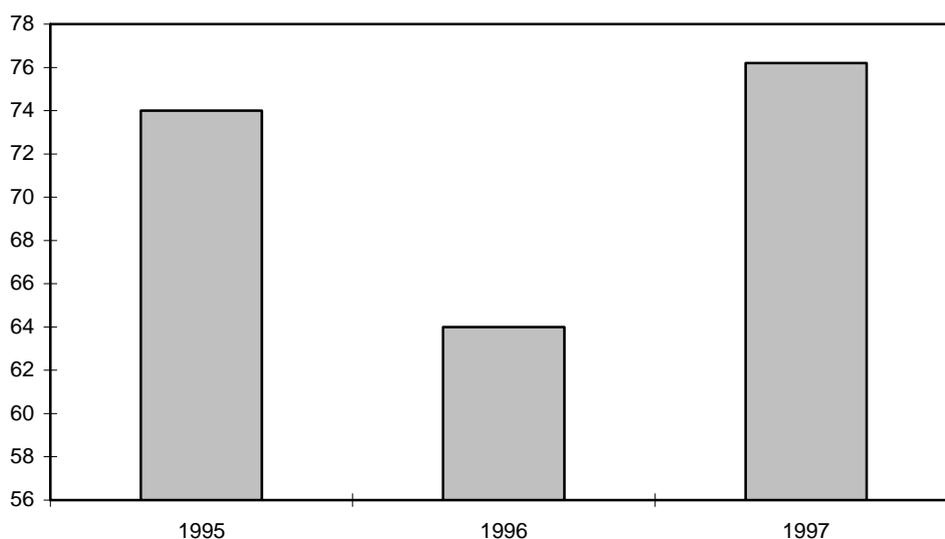
<sup>33</sup> Análisis del Financiamiento del Sector Salud. Ministerio de Salud. Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Federico Zamora. 1997.

Los CLAS no han escapado a este marco general. Generalmente son beneficiarios de los establecimientos-CLAS aquellas poblaciones ubicadas en el círculo próximo a la ubicación del establecimiento de salud en desmedro de aquellas poblaciones ubicadas en espacios rurales dispersos, que lógicamente por la lejanía tienen mayores necesidades de atención.

Afortunadamente, en los últimos años, hay indicadores que evidencian una mejora general en el trato equitativo a la población. Al respecto Zamora<sup>34</sup> señala lo siguiente: *Una forma concreta de observar el aspecto referido a la inequidad en la prestación de los servicios en salud es analizar el porcentaje de población de más bajos ingresos - primer quintil - con síntoma de enfermedad o accidente que no realizó consulta por falta de recursos económicos.*

*Así, de acuerdo a los datos de la Encuesta Nacional de Hogares - ENAHO, este porcentaje de población extremadamente pobre, que no puede acceder a la atención institucional de servicios de salud, muestra un descenso entre el año 1995 y 1996 - de 74% a 64 % -; sin embargo la cifra presenta para 1997 un 76.2%; llegando a superar los porcentajes registrados en 1995.*

PERÚ: POR CENAJE DE POBLACIÓN DE MÁS BAJOS INGRESOS CON SÍNTOMA DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE QUE NO REALIZÓ CONSULTA POR FALTA DE RECURSOS ECONÓMICOS (1995-1997)



**Figura 3.** Acceso a servicios de salud en poblaciones pobres. Fuente: INEI, ENAHO - IV Trimestre 1995, 1996, 1997

*A su vez, se debe reiterar, que de la población enferma que realizó consulta entre los años 1995-97, entre el 40% y 50% lo hizo en los establecimientos del MINSAs. Esta información denota la gran importancia que siguen teniendo los servicios institucionales sanitarios del ámbito público (MINSAs) en la prestación de servicios de salud, como se puede observar en la Figura 3, 4 y el Cuadro 15.*

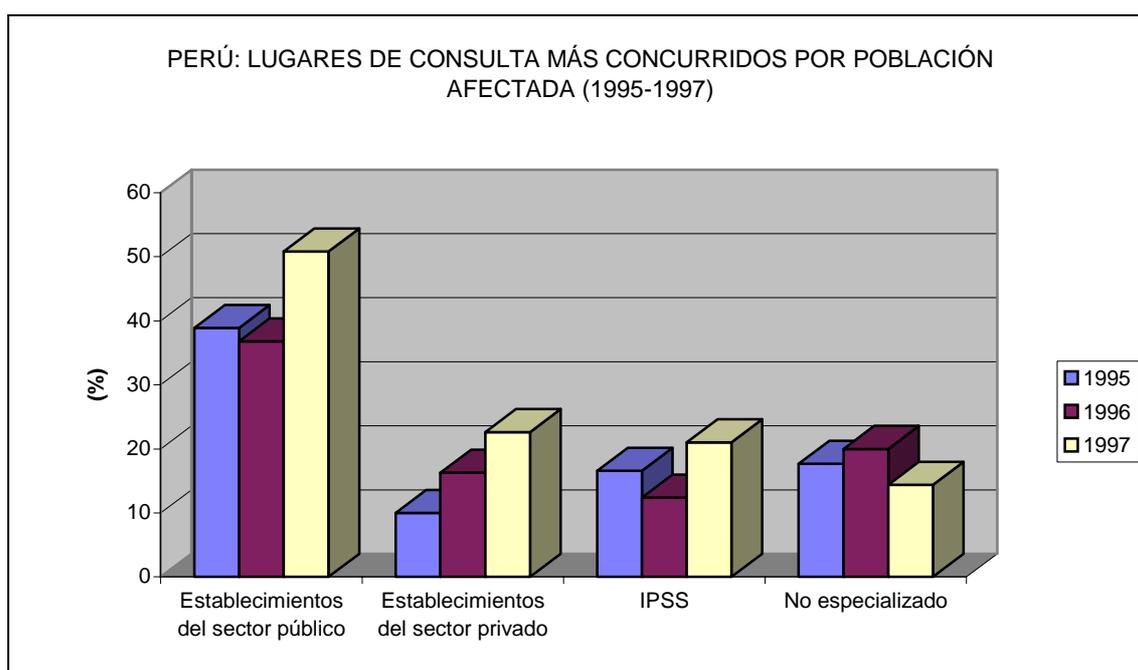
<sup>34</sup> Proceso de Transformación del Sector Salud: 1990-1999. Ministerio de Salud. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Federico Zamora. 1999.

**Cuadro No. 15.** Perú: Lugares de consulta más concurridos por tipo de prestador, Años 1995 - 97

LUGARES DE CONSULTA MÁS CONCURRIDOS POR POBLACIÓN AFECTADA	1995	1996	1997*
Establecimientos del sector público	38.9 %	36.8 %	50.8 %
Establecimientos del sector privado	10.0 %	16.3 %	22.6 %
IPSS	16.6 %	12.4 %	21.0 %
No especializado	17.7 %	20.0 %	14.4 %

Fuente: INEI, ENAHO, IV Trimestre 1995, 1996, 1997.

\* La suma es más del 100% porque hay usuarios que consultan a más de 1 establecimiento.



**Figura 4.** Fuente: INEI, ENAHO - IV Trimestre 1995, 1996, 1997

Aunque no existe una información de equidad con un marco teórico dirigido a los CLAS, ha habido evaluaciones hechas por Cortez y Vicuña, quienes coinciden en que los establecimientos administrados por los CLAS brindan servicios con mayores niveles de equidad y acceso a las poblaciones pobres.

Cortez, por ejemplo, señala que *existe una mayor tasa de exoneración de cobros en los CLAS que en las formas de gestión centralizadas del MINSA: el 25.1% y el 17.4% de los usuarios de las modalidades de gestión mencionadas no realizaron pago alguno por la atención recibida. Asimismo, la exoneración de los CLAS esta mejor focalizada que la de los establecimientos de gestión centralizada, puesto que una mayor proporción de los usuarios del quintil I y II (los mas pobres) no pagan en los establecimientos CLAS.*

Señala también Cortez que los CLAS han logrado definir criterios mas apropiados para identificar a los grupos de bajos ingresos y darles acceso gratuito a las consultas.

Por su parte Vicuña en el Informe final de evaluación de los CLAS señala que *a pesar de que en términos globales, la mediana del monto de pago efectivo por consulta*

---

*ambulatoria fue semejante en ambos modelos de gestión; el análisis por estratos de pobreza, grado de urbanización, nivel de complejidad del establecimiento y accesibilidad geográfica determinó que el modelo de gestión CLAS fue más accesible a las poblaciones más necesitadas, lo cual le confiere características de mayor equidad que el modelo de gestión No CLAS.*

En este campo hay una agenda pendiente que necesita ser fuertemente trabajado tanto en técnicas de identificación de usuarios como en las estrategias de cobertura de atención a las poblaciones pobres y a aquellas consideradas en riesgo biológico.

### **3.8 Análisis Crítico de los Logros del PAC: Calidad**

El Ministerio de Salud ha definido como su Visión - Objetivo: *Un Sector Salud con equidad, eficiencia y calidad; con calidad organizada en función del usuario, refundado en su ética y cultura institucional, fiel a su misión institucional, practicante del culto a la excelencia en el cumplimiento del servicio*<sup>35</sup>.

En estos términos el objetivo central de la Modernización, es mejorar el máximo las condiciones de satisfacción de la gente. La orientación al usuario no es entonces sólo una cuestión de herramientas y tecnologías de gestión, es una misión enraizada en los mejores valores y principios de la vocación del servicio público.

Desde esta perspectiva, calidad para el Sector Salud consiste en ser sensible a los intereses, deseos y aspiraciones de las personas a las que se pretende servir, entregando la totalidad de las características y atributos de los servicios de salud, que determinan su capacidad de satisfacer las necesidades declaradas o implícitas de los usuarios. La satisfacción entonces resulta de trabajar un delicado equilibrio entre los logros que se pueden mostrar y las expectativas de la gente.

Los componentes más importantes de la calidad de servicio son:

- La oportunidad en la prestación del servicio
- La accesibilidad para la atención
- La transparencia en la información
- La libertad de elegir los puntos de entrega de los servicios de salud
- El trato del personal
- La disminución de los espacios de atención y espera.

No existe en el MINSA una metodología oficial que mida sistemáticamente la calidad del servicio, en sus diferentes niveles de complejidad. Sin embargo, es posible tener una aproximación a la calidad del servicio a partir de las opiniones del usuario o cliente externo. Vicuña, por ejemplo, al hacer una evaluación de la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención concluye:

---

<sup>35</sup> El Desafío del Cambio de Milenio: Un Sector Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad. Ministerio de Salud. 1995-2000.

---

### ***Sobre la Percepción sobre la Calidad de la Atención***

*Más del 80% de la población consultante muestra niveles de satisfacción adecuados sobre la calidad de atención, en ambos modelos de gestión. Sin embargo, una mayor proporción de población CLAS de las zonas alejadas exhiben mayor satisfacción que la población No CLAS en las dimensiones de calidez y solución del motivo de consulta.*

### ***Sobre la Percepción sobre la Calidad del Servicio***

*Sólo el 27% de la población percibió algún cambio en el trabajo del establecimiento de salud durante el año previo a la encuesta. Los cambios más frecuentemente percibidos estuvieron relacionados a una mejora en la calidad de la atención, en la infraestructura, la percepción de una mayor cantidad de personal y una mejora en la apariencia de los establecimientos de salud. En las áreas CLAS se percibió más la mejora en la infraestructura.*

*Entre los cambios negativos manifestaron una disminución en la calidad de la atención y la alta tasa de rotación del personal, siendo la disminución de la calidad más percibida en los No CLAS.*

*Existe una mayor proporción de quejas entre la población No CLAS. Entre las quejas más frecuentemente mencionadas sobre la atención en el servicio, no cumplen con el horario en los No CLAS, así como un mal trato del personal y la falta de calidad técnica. Existe un mayor número de quejas sobre las visitas comunales en los No CLAS.*

### ***Sobre las expectativas sobre la Atención en el Establecimiento de Salud***

*Entre las expectativas mencionadas destacan una atención más rápida en el ES, sin diferencia entre ambos modelos de gestión. En las áreas No CLAS destacan la prioridad a los niños, ampliación del horario y mejora en la organización.*

*Por su parte Cortez concluye con respecto a la calidad de los servicios ofrecidos que el 85.9% de los usuarios CLAS reportaron que la atención recibida fue satisfactoria; mientras que en los establecimientos de administración centralizada, el 76.9% de los usuarios declaro estar satisfecho por la atención recibida y un 17.8% señala que la atención fue poco satisfactoria.*

Otro hallazgo importante es que los usuarios de los quintiles inferiores de ingreso reportan el mayor grado de satisfacción relativa por la atención recibida en los establecimientos CLAS en comparación con los centros y puestos de salud del MINSA.

Un indicador importante es el tiempo de espera en el establecimiento para la atención de salud. En términos promedio, el 59.4% de los usuarios esperan menos de 30 minutos por la atención de salud en el primer nivel. El tiempo de espera reportado en los CLAS es relativamente bueno. El 77% de los usuarios de los establecimientos CLAS registraron un tiempo de espera menor a los 30 minutos. Por otro lado, los usuarios más pobres de los CLAS (quintiles I y II) reportaron menores tiempos de espera que los usuarios más pobres en los centros y puestos de salud del MINSA. Tal como se observa en el siguiente cuadro:

**Cuadro 16.** Atención de Salud Reportada como Satisfactoria, según Proveedor y Quintil de Gasto Percapita Familiar.

Nivel de Satisfacción	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
<b>Centro Puesto de Salud No CLAS.</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
• Satisfactorio	73.2	69,5	76.3	81.8	85.6	76.9
• Poco satisfactorio	20.8	26.6	19.7	15.4	8.2	18.7
• No satisfactorio	6.0	3.8	4.0	2.8	6.2	4.4
<b>Centro Puesto de Salud CLAS</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>
• Satisfactorio	82.2	80.4	100.0	85.4	100.0	85.9
• Poco satisfactorio	10.7	14.4	0.0	14.6	0.0	10.0
• No satisfactorio	7.2	5.2	0.0	0.0	0.0	4.1

Fuente: Equidad y calidad de los servicios de salud. El caso CLAS. Rafael Cortez.

### 3.9 Análisis Crítico de los Logros del PAC: Planificación Local

El Programa de Salud Local (PSL) es el punto neurálgico de relación del CLAS con el Estado. Las actividades comprendidas en él constituyen el sujeto y el objeto de la contratación. (Hasta 1998, los PSL formaban parte del Contrato de Administración Compartida; a partir de la modificación de la Directiva No. 01. 94 por la Directiva No.03- 98 se introduce el Contrato de Gestión donde se establecen las metas y objetivos del PSL para un año).

La responsabilidad de la elaboración es del personal de salud de los establecimientos de salud, la comunidad puede participar en la identificación y priorización de los problemas de salud, el CLAS además es responsable de su evaluación.

La introducción de los Programas de Salud Local (PSL) en los diferentes establecimientos de salud incorporados al PAC ha significado un aporte a la gestión de los servicios de salud en los siguientes aspectos:

- Se ha promovido que toda la información sobre actividades de salud asignadas a una jurisdicción se consignen en un solo documento de trabajo que debe ser de conocimiento del Gerente y del resto del Equipo de Salud (situación hasta hace poco no era habitual en los establecimientos de salud estatales).
- Se ha establecido como práctica que la asignación de metas en los PSL sea de competencia del nivel ejecutor y que se realicen sobre la base de un diagnóstico situacional que considere estimaciones de demanda de servicios, requerimientos de ejecución de actividades preventivas, disponibilidad de recursos y existencia de otros prestadores de servicios en el ámbito de salud. (En gran parte de los casos, las metas de trabajo son impuestas de manera rígida por los niveles superiores sin tomar en cuenta particularidades locales).
- Se ha procurado que la asignación de recursos a los establecimientos de salud responda a las metas de trabajo consignadas en el PSL.
- Se han establecido espacios de evaluación local periódica de las actividades ejecutadas por el establecimiento en las que participan el personal de salud,

---

miembros notables y representantes de organizaciones de la comunidad a partir de los cuales se tomen decisiones para una adecuada gestión del PSL.

Con el fin de facilitar la aplicación de propuestas regionales y sub regionales que respondan de mejor manera a las diferentes situaciones propias de cada localidad, fueron difundidos modelos de formatos que pudieran ser modificados al nivel de cada región o sub región. Del mismo modo, se estableció como criterio general que la asignación de metas tomara en cuenta los criterios establecidos por los Programas Nacionales de Salud con las correcciones correspondientes sustentadas en el diagnóstico situacional. Finalmente se contempló la incorporación de metas y actividades resultantes de un abordaje de problemas mediante planificación estratégica con lo cual se pudiera incorporar aspectos no tratados con los criterios tradicionales. Aunque la estimación del presupuesto debía respetar ciertos montos referenciales, se permitió la misma flexibilidad que tenía la definición de las metas.

Complementariamente, se propugnó que las Direcciones Regionales o Sub Regionales de Salud, a través de sus Equipos Permanentes de Apoyo al PAC (EPAC) y con el concurso de sus órganos técnicos definieran los aspectos de formulación, monitoreo control y evaluación de la ejecución del PSL y del presupuesto operativo que le correspondiera. En este aspecto es importante relevar las iniciativas de las Direcciones de Salud de Cajamarca y La Libertad, quienes, sobre la base de los formatos propuestos, formularon los propios. A continuación reseñamos la evolución del la herramienta empleada por el PAC para la planificación local de los servicios de salud.

### **3.9.1 El Plan de Salud Local. Año 1994**

Con ocasión de la reunión nacional (Seminario Taller de Entrenamiento y Capacitación en Organización de Comités Locales de Administración de Salud - CLAS, La Planicie, Lima) se distribuyó un compendio de documentos de trabajo con el cual se ponía al alcance de todas las Direcciones Regionales y Sub Regionales de Salud un formato para el Programa de Salud Local. Este primer formato presentaba al PSL como un anexo al Contrato de Administración Compartida y organizaba la información en tres partes: El Resumen Diagnóstico, la Programación Global de Metas y el Presupuesto.

El documento debía ser elaborado sobre la base del conocimiento de la realidad sanitaria local. Con el fin de sustentar sus contenidos era preciso que fuera precedido de un informe sobre la situación sanitaria presentada a manera de resumen diagnóstico que debía recoger y presentar las aspiraciones comunales y las responsabilidades estatales relacionadas a los servicios de salud. El formato presentado de esta primera versión del PSL, si bien reunía los criterios requeridos mostró en la práctica, las siguientes limitaciones:

En cuanto al *Resumen Diagnóstico*:

- Los contenidos no estaban convenientemente organizados y su presentación no era lo suficientemente didáctica. Carecía de croquis o esquemas.
- No toda la información presentada estaba convenientemente procesada y presentada para hacer su uso inmediato. En algunos casos la información era

---

poco detallada, restringiendo la utilidad del resumen diagnóstico para el sustento de la asignación de metas. Por ejemplo:

- . La estructura de la población por grupos de edad no identificaba aquellos que son objetivo de los programas de salud.
- . La información sobre centros poblados del ámbito de salud no detallaba habitantes ni acceso a servicios.
- . El perfil epidemiológico no hacía referencia a grupos vulnerables, por lo que la información dada sobre la base de la población general era generalista.
- . No se detallaba el tipo de personal del establecimiento
- . No hacía referencia a las organizaciones e instituciones locales.
- Algunos tópicos de información, sobre todo los relacionados a impacto de programas de salud no fueron tomados en cuenta (ejemplo, no hay indicadores sobre mortalidad ni morbilidad).
- La información de primer orden que sustenta las metas estaba mezclada con la información complementaria o adicional
- Se carecía de un instructivo que oriente sobre el llenado de algunas preguntas abiertas o el cálculo de algunos indicadores (tales como problemática actual, alternativas de solución, objetivos de mejoramiento de los servicios, productividad y gasto en salud).

En cuanto a la ***Programación Global de Metas***:

- El formato insistía de manera exagerada en la necesidad de establecer las metas para cada actividad de salud en términos de institucional (intra mural) y domiciliario (extra mural) con lo cual su elaboración y presentación se hacía más compleja.
- El formato hacía hincapié en diferenciar las metas que se obtendrían si se mantuviera el sistema de gestión y la asignación de recursos habituales (metas ordinarias) de aquellas que serían cumplidas con la ampliación de horario y con los recursos complementarios obtenidos con el Programa (metas adicionales). Esta peculiaridad complicaba la presentación y aplicación de la información.
- En algunas actividades de programas de salud consignadas en el formato, no era posible establecer una correspondencia adecuada con las expresadas por los manuales de los Programas Nacionales.
- Las actividades de salud no se encontraban enunciadas de manera homogénea, pudiendo corresponder a atendidos, atenciones, eventos (expresados de manera no específica), actividades o tareas.

Como conclusión de las anteriores observaciones, este formato del PSL, aunque cumplía su función básica informativa, no resultaba práctico para sustentar la información contenida en la Tabla Global de Metas, las que adicionalmente se presentaban de manera compleja. Esto ocasionaba que el PSL tuviera importantes limitaciones para servir de elemento de referencia en la gestión de los servicios del primer nivel de atención.

---

### **3.9.2 El Plan de Salud Local. Año 1995**

En este período se fueron incorporando de manera progresiva cambios al formato originalmente difundido. Las nuevas versiones se repartieron durante las visitas de los miembros del Equipo Nacional a las diferentes Regiones y Sub Regiones. Uno de los aspectos más importantes fue la diferenciación del formato aplicable a un Centro de Salud respecto a un Puesto de Salud, sobretodo, si el CLAS administraba más de un establecimiento de salud.

El nuevo formato mejoró notablemente la presentación. Incorporó nueva información destacando entre ella los indicadores de salud para los programas de salud (los que se presentaron en término de coberturas) y sobre accesibilidad, disponibilidad de recursos humanos y productividad de los mismos. Se agregó también información más precisa sobre otros prestadores de servicios en el ámbito de salud y se incluyeron instructivos para orientar la estimación de algunos de ellos. En cuanto a la programación de metas, ésta fue notablemente simplificada (las metas se presentaron como una sola cifra de carácter anual y se eliminó la diferenciación de actividades en institucionales y domiciliarias).

### **3.9.3 El Plan de Salud Local. Año 1996**

Se realizó una convocatoria de miembros de Equipos Permanentes de Apoyo al PAC (EPAC) con el objeto de trabajar una versión nueva del PSL. Los equipos de trabajo que se constituyeron alcanzaron al Equipo del Nivel Central un documento final que fue la base del formato renovado que se distribuyó con la Guía “Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS): Organización y Modelo de Gestión”.

La nueva propuesta de formato contenía saltantes diferencias respecto a los documentos anteriores, que forman parte de las ventajas que ofrece. La nueva versión desarrolla otro esquema que a diferencia de los primeros (Resumen Diagnóstico, Tabla Global de Metas y Presupuesto) contiene las siguientes partes:

- i) Marco Legal
- ii) Diagnóstico de la comunidad
- iii) Información sobre el Estado de Salud de la Población
- iv) Información sobre las Características de la Oferta
- v) Problemas de Salud Identificados
- vi) Programación de Actividades
- vii) Presupuesto
- viii) Monitoreo y Evaluación del PSL

Este esquema acompañado de una presentación de la información en tablas y del texto utilizando viñetas permite una organización más adecuada y práctica de la información, lo que lo hace mucho más didáctico. Se incluye además información no contenida en las dos versiones anteriores y se adicionan anexos que orientan sobre el cálculo de algunos indicadores y calificación de algunos aspectos en la parte diagnóstica.

---

---

Con relación a las tablas de presentación de la programación global de metas puede afirmarse que es más sencilla y que los aspectos de salud ambiental están mejor desarrollados.

### 3.9.4 El Plan de Salud Local. Año 1998

Junto con la evolución metodológica de la elaboración del PSL, se viene también el cambio de presentación de sus contenidos. El PSL resultante viene a estar integrado por de actividades clasificadas según categorías, las actividades de soporte asociadas y los recursos necesarios para alcanzarlos.

Entrando en un mayor nivel de detalle vemos que las actividades de prestación de servicios para la programación se organizan en tres grandes categorías:

- Atenciones Individuales de Salud
- Acciones de Información, Educación y Comunicación
- Intervenciones de Inspección y Control

Las **atenciones individuales** de salud incluyen los servicios que deben darse a cada persona que acude al establecimiento o que pertenecen al ámbito de salud asignado al CLAS, con la finalidad de atender los problemas de salud demandados o priorizados por el Ministerio de Salud/Direcciones de Salud/Establecimientos de Salud.

Las **acciones de información, educación y comunicación** se refieren a los servicios y medidas que procuran modificar los conocimientos, las actitudes y practicas de la población respecto a: promoción de los servicios y la sensibilización de la población para acudir al establecimiento y solicitarlos; reconocimiento, derivación precoz al establecimiento y notificación inmediata de enfermedades; aplicación de medidas de atención en el hogar; eliminación de factores de riesgo, adopción de hábitos de higiene y fomentar estilos saludables de vida y fomento de la participación de la población en el cumplimiento de los compromisos asumidos por el CLAS.

Las **intervenciones de inspección y control** incluyen las acciones de inspección sanitaria y aplicación de medidas para combatir factores determinantes de enfermedades y controlar la aparición de brotes.

En la incorporación en el PSL de las acciones de soporte administrativo a los servicios de salud y que son importantes para el manejo de los recursos asignados y para alcanzar los objetivos y metas del Programa de Salud Local. Se incluyen los siguientes dos grandes rubros:

**Potenciación de los Servicios.** Comprende las acciones para mejorar la capacidad resolutive y el impacto de los servicios prestados. Entre ellas tenemos:

- Capacitación o desarrollo de recursos humanos
- Promoción de la Participación Comunitaria
- Coordinación ínter sectorial e ínter institucional
- Captación de mayores recursos para la prestación de servicios
- Organización de los Sistemas de Soporte
- Mejoramiento de Infraestructura y equipamiento.

**Mantenimiento de los Sistemas de Soporte.** Incluye las acciones y servicios auxiliares con las cuales la Gerencia hace posible las actividades de prestación, las acciones de potenciamiento y la inserción de los servicios con el resto de instancias del Ministerio de Salud. Comprende lo siguiente:

- Sistemas de Información Sanitaria y de Gerencia.
- Sistema Contable Financiero
- Sistema de abastecimiento
- Sistema de Personal
- Sistema de Comunicación y Transporte
- Rendición a otras instancias (Población)

En la estimación de metas de las actividades de salud y los recursos necesarios para financiarlos, se proponen cambios que siguen los siguientes pasos:

*Estimación del número de atendidos y de atenciones.* para cada uno de las actividades según los siguientes criterios:

**Cuadro 17.** Matriz resumen del proceso de programación local de actividades de salud a desarrollarse por el CLAS.

INDICADOR DE PRODUCCION	ESTIMACION DE LOS ATENDIDOS	ESTIMACION DE LAS ATENCIONES
Metas de Trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población del ámbito</li> <li>• Criterios de Programación de Programas Nacionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración de atenciones</li> </ul>
Expectativas de Atención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población del Ambito</li> <li>• Extensión de Uso de cada Servicio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración de Atenciones</li> </ul>
Indicadores de atención de problemas epidemiológicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Población del Ambito</li> <li>• Tasas de Incidencia o prevalencia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concentración de Atenciones</li> </ul>

*Calculo del número de horas de trabajo requeridas para su ejecución.* Para lo cual se recurren a tablas de tiempos de ejecución. Se realizan ajustes para considerar el tiempo adicional por visitas domiciliarias y por desplazamiento a cada localidad como equipo itinerante.

*Definición del número de plazas de personal complementario* para la cumplir el plan de producción. Para ello se estiman las horas de trabajo disponibles con personal nombrado existente. La diferencia entre las horas de trabajo requeridas y las horas de trabajo disponibles se procura cubrir con asignaciones por

---

racionamiento. Sobre la diferencia obtenida se establece el número de plazas de personal a contratar.

***Definición del presupuesto a solicitar.*** Para lo cual se costean las planillas del personal a contratar y las asignaciones de racionamiento. Los gastos operativos de bienes y servicios se estiman asumiendo que los gastos de planilla de personal (estatales y contratados) corresponden al 90% del presupuesto operativo del PSL. El monto obtenido se cubre con transferencias del nivel regional (recursos directamente recaudados) y transferencias del nivel central (PSBPT).

***Planificación de las Actividades de Potenciación de Servicios.-*** Consiste en establecer un techo presupuestal y metas cualitativas (situaciones objetivo) que deben ser alcanzadas por el Gerente en cada área de gestión referida. Se establecen criterios de acreditación para definir el cumplimiento de la meta. La planificación tiene un abordaje estratégico y es tratada como si se fuera un proyecto.

***Planificación de las actividades de Información, Educación y Comunicación.-*** Se establece un listado de mensajes de prioridad que la Dirección de Salud está interesada en contratar. Se prepara un plan local que es costeado de manera propia.

### **3.9.5 A modo de conclusión con respecto al PSL.**

Los principales aciertos obtenidos con la incorporación del Programa de Salud Local, instrumento considerado como fundamental en el modelo de gestión de servicios desarrollado por el Programa de Administración Compartida, son los siguientes:

- Se promueve que la planificación de actividades de salud se realice en el nivel local a partir de los propios actores que participan en la prestación de los servicios a diferencia de lo que ocurre en los establecimientos no incorporados al Programa donde la instancia administrativa superior: Unidad Territorial de Salud (UTES), Unidad Básica de Salud (UBAS), o Zona de Desarrollo Integral de Salud (ZONADIS), es la responsable de su estructuración. Esta situación favorece a que los planes respondan mejor a la realidad local.
- Se incentiva que la planificación sea realizada integralmente por el equipo de salud y que las diferentes actividades planificadas para ser realizadas por el personal de salud se encuentren en un solo documento, reemplazando la práctica observada en la que cada profesional planifica por separado las actividades que “son de su competencia” obteniéndose un plan fragmentado. Lo anterior facilita el hecho que todo el personal conozca por completo las actividades a realizar.
- Se afianza el concepto que la planificación es un proceso dinámico y se permite que el Programa de Salud Local pueda ser reajustado durante el año, haciéndolo flexible y evitando que se vuelva un obstáculo para el desarrollo de la gestión local en función a las situaciones y oportunidades que se van presentando en el tiempo.

- 
- La estructura del Programa de Salud Local condiciona que exista un levantamiento de información previa en la cual se sustente la planificación de actividades.
  - Se propugna que la asignación de recursos a los establecimientos responda al contenido del Programa de Salud Local, lo que permite una distribución más equitativa de los recursos, una mayor eficiencia en su uso y un desarrollo de mayor contenido técnico de la gestión local.

A pesar del aporte que representa todo lo anterior para el desarrollo de los servicios de salud, hay aspectos que no han sido solucionado y que ocasionan puntos deficitarios en el funcionamiento del modelo de gestión de los establecimientos administrados bajo la modalidad de CLAS. Esto se debe principalmente a que las autoridades de salud del nivel intermedio (UTES, UBASS o ZONADIS) son renuentes a reconocer el PSL como instrumento de gestión de los CLAS, porque éstos, a su vez, son condicionados por los responsables de los Programas Nacionales, a seguir las pautas de programación dictadas desde el nivel central del Ministerio de Salud. Esta situación ha venido ocasionando un hecho paradójico: Los CLAS tienen dos instrumentos de gestión; uno, sobre la base de las necesidades de salud local promovido por el PAC que es materia del contrato de gestión y sujeto a evaluación y el otro que es el programa sobre la base de las directivas de los Programas Nacionales.

---

## 4. Logros, Aspectos Críticos y Lecciones Aprendidas del Proceso de Implantación del Programa de Administración Compartida.

---

Como resultado de las entrevistas a los actores del proceso de instalación y funcionamiento de los CLAS así como de la lectura de las evaluaciones realizadas, es posible identificar aportes y lecciones aprendidas de esta experiencia:

### 4.1 Aportes del Programa de Administración Compartida al Proceso de Modernización del Sector Salud

Entre estos encontramos:

1. Los CLAS han permitido canalizar hacia el Sector Salud nuevos recursos humanos en salud. Los CLAS implementados durante el período 1994-1999 han implicado el concurso de más de 4,000 líderes comunales. Este contingente humano ha hecho posible verificar en la práctica que en el Perú es posible hacer posible introducir la participación comunitaria *activa*. Es bien cierto que estos 4,000 líderes comunales representan una pequeña fracción en relación a la población general beneficiaria de los servicios de salud, lo que en el momento actual coloca límites muy precisos a la participación activa. Sin embargo, la *participación activa* en los CLAS, aún con sus limitaciones de alcance, proporciona la mejor puerta de entrada que el MINSA ofrece para promover la participación social en salud.
2. A través del PAC-CLAS se han introducido nuevos mecanismos de control social sobre el uso de recursos del Estado en salud. Ha quedado demostrado que es posible que la comunidad organizada pueda ejercer acciones de control no solamente en aspectos manejo de recursos humanos, sino también en áreas contables, financieras, y pasando por la calidad del servicio. Puede afirmarse que el sistema de control del Estado ha sido mejorado en su presencia, en su calidad, y oportunidad. Y en forma complementaria, se puede también afirmar que esta iniciativa proporciona un aporte fundamental en la puesta en práctica de la estrategia de transparentar la gestión de las instituciones locales del MINSA.
3. Los CLAS han catalizado una mayor orientación de recursos materiales hacia el primer nivel de atención, contribuyendo de esta manera, a su desarrollo. Estos recursos no solamente han sido proporcionados por el MINSA, sino que una buena proporción de estos recursos han sido “frescos”, es decir, otorgados por otros agentes financieros no gubernamentales: sector privado no lucrativo, agencias de cooperación internacional, donaciones, etc. Una buena proporción de estos fondos adicionales han venido a reforzar la infraestructura física, y el equipamiento. Queda

---

como tarea pendiente la cuantificación de la magnitud y del impacto de tales inversiones a nivel nacional.

4. El PAC-CLAS proporciona un ejemplo claro de cómo se puede ir construyendo viabilidad política y social a partir de un proceso de comunicación en salud que hace uso de canales estrictamente locales e informales. Las expectativas generadas en la población no usuaria de servicios CLAS, pero que desean su instalación en sus propias comunidades, así lo demuestra.
5. Los CLAS constituyen la prueba concreta que es posible diferenciar el financiamiento y la prestación de los servicios de salud, que en el caso particular del PAC son gerenciados por los CLAS. La aplicación de los contratos de administración compartida fue un antecedente importante para la implantación de los Contratos de Gestión en la administración pública y que viene poniéndose en práctica por el programa de Administración de Acuerdos de Gestión.
6. Los CLAS han venido a reforzar las iniciativas tendientes a lograr mejores niveles de equidad en salud, entendida ésta en función a la distribución de recursos financieros per cápita. Ofrecen un excelente potencial para mejorar la accesibilidad económica a los servicios. Esto debe enfatizarse en su justa medida, ya que se debe tener presente que el Programa Salud Básica Para Todos tiene una asignación financiera per cápita de características progresivas en función a la pobreza relativa de las poblaciones beneficiadas<sup>36</sup>, que intenta corregir distorsiones que favorecen regiones relativamente más pudientes. Y los establecimientos CLAS logran un nivel de focalización de la subvención pública aún más precisa, en relación a los establecimientos no-CLAS o focalizados del primer nivel de atención.
7. El PAC-CLAS ha facilitado las mejoras en calidad del servicio tanto en entornos urbanos como rurales. Se entiende que la mejora de calidad involucra al menos la satisfacción del usuario con el servicio profesional prestado, el trato al paciente, la adecuación a los horarios de atención, la reducción en los tiempos de espera, la disponibilidad de medicamentos, entre otros aspectos.
8. Aunque en diferente magnitud y descartando las experiencias deficientes, suele observarse como rasgos comunes en las localidades donde funcionan los CLAS lo siguiente:
  - Mejora en la producción de servicios y en la cobertura de las actividades de los programas de salud.
  - Mejora en el rendimiento del personal de salud.
  - Mejora en la recaudación de ingresos propios.
  - Desarrollo de iniciativas para el mejoramiento de la calidad y cobertura de los servicios.
  - Mejor asignación del subsidio estatal.

---

<sup>36</sup> Op. Cit. Focalización del Gasto Público en Salud. 1988

Al respecto Salcedo<sup>37</sup> recoge información de 66 establecimientos de la Dirección de Salud de Arequipa sobre participación de la comunidad y el mejoramiento del servicio y compara establecimientos administrados por la comunidad con aquellos que continúan con la administración tradicional. Los resultados fueron los siguientes:

Indicadores de Participación de la comunidad en establecimientos bajo la experiencia C.L.A.S. y No C.L.A.S. ( en porcentaje)	Centros de Salud		Puestos de Salud	
	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS
La comunidad se organiza regularmente	100	67	86	72
La organización es promovida por los propios miembros de la comunidad	100	60	93	88
Las mujeres participan en la organización de la comunidad	100	80	93	88
Las mujeres participan en el proceso de gestión y toma de decisiones	100	67	86	72
Todas las posiciones son adecuadamente representadas	60	33	29	41
Los requerimientos sanitarios de todos los grupos de la población, son considerados en la elaboración del Plan Local de Salud – P.S.L.	100	87	86	66
La comunidad aprueba el pago al personal del establecimiento	60	7	43	22
La comunidad evalúa al personal de salud, sobre la base del P.S.L.	40	13	57	28
<b>Indicadores de mejoramiento del servicio ( % )</b>				
Prestación de servicios se encuentra en mejor disponibilidad de atención	80	47	86	53
Tiempo de espera ha mejorado	100	73	86	75
Un programa de promotores de salud ha sido implantado	80	60	71	50
Existen mayores actividades extramurales y visitas domiciliarias	100	80	86	91
El planeamiento de la comunidad ha sido satisfactorio	80	33	57	50

## 4.2 Aspectos Críticos del Programa de Administración Compartida

Junto a estos aportes que ha mejorado la gestión de los servicios de salud, el funcionamiento del Programa de Administración Compartida ha puesto en evidencia un conjunto de debilidades que debe ser puestos de manifiesto para su corrección:

1. La cantidad de recursos humanos reclutados en salud no son de carácter permanente sino que su involucramiento con el sector se reduce a su permanencia en cargos en el CLAS. Esto viene condicionado por el carácter *ad honorem* de su participación. Esto a su vez trae consigo dificultades permanentes al CLAS en razón de la imperiosa capacitación en aspectos básicos del PAC. Y esto a su vez obliga a tener un sistema de capacitación que genere las capacidades necesarias para la aplicación del modelo. Una dificultad adicional a esta situación viene dada por la alta rotación del personal profesional dentro de los CLAS, lo que previene un adecuado entrenamiento en servicio por parte de los líderes comunales.

<sup>37</sup> Información recogida por el Consultor J. Salcedo entre 66 establecimientos localizados en las zonas urbano – marginales de la Región de Salud de Arequipa; MINSA – Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud; Análisis efectuado por la consultora internacional, Dra. Laura Altobelli; Año 1998.

- 
2. La mecánica de participación comunitaria propuesta por los CLAS ofrece importantes avances para el ejercicio efectivo de los derechos los usuarios en salud, pero también ofrece un espacio potencial para la manipulación de los miembros de CLAS para mantener el statu quo en el manejo del servicio. La experiencia particular de la DISA Arequipa así lo demuestra.
  3. La participación comunitaria en las poblaciones tiene un carácter restringido si se tiene como patrón de referencia el volumen de la población que se involucra directamente con el modelo. De otro lado, el tipo de participación presente sigue teniendo un carácter de acompañamiento, de carácter más tradicional, y como se mencionó en el párrafo anterior, más susceptible de manipulación.
  4. No existe un marco explícito para evaluar los logros en materia de equidad generados a partir del PAC-CLAS. En forma implícita se evalúa la equidad en términos de distribución de recursos per cápita. Sin embargo, existen otros enfoques que también pueden ser utilizados. Por ejemplo, la asignación de recursos en función de las necesidades de salud particulares a cada población. Evidentemente, esto requiere de desarrollos metodológicos bastante precisos que en el momento actual no han sido generados en el PAC-CLAS.
  5. Aunque es importante evaluar la calidad del servicio a criterio del usuario, todavía no ha habido un esfuerzo sistemático por evaluar la calidad del servicio a partir de los usuarios internos del servicio (vg. los proveedores de salud). Un estudio de este tipo podría explicar con bastante aproximación la alta tasa de rotación de personal, y al mismo tiempo podría ayudar a identificar posibles soluciones a este serio inconveniente, que como es comprensible, tiene un efecto inmediato y directo sobre la calidad del servicio.

Complementariamente a estos elementos críticos recogidos por Cortez, Vicuña, y el Consorcio Hospitalario de Cataluña, se pueden agregar algunos más que no han sido consignados en la literatura revisada<sup>38</sup>:

6. *Limitaciones de la Gestión del PAC en el Nivel Central*; la falta de participación de las Oficinas o Unidades Técnicas del Ministerio de Salud en la gestión del PAC, constituye una seria limitación para la institucionalización del modelo de gestión; a esta situación contribuye la dependencia del PAC al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG), que ha incorporado en su funcionamiento la lógica centralista y burocratizada del Programa de Salud Básica para Todos.
7. *Elementos no desarrollados en el funcionamiento del PAC.*- Pueden identificarse algunas situaciones cuyo escaso desarrollo perjudica el crecimiento y funcionamiento del Programa.
  - Falta de experiencias exitosas o modelos de funcionamiento óptimo validados debidamente por el Nivel Central que sirvan de referencia.- Se

---

<sup>38</sup> Esta lista ha sido elaborada a partir de entrevistas informales no estructuradas sostenidas con miembros del equipo responsable del diseño inicial del PAC-CLAS: Lic. Carlos Bendezú, Dr. Nicolás Velarde Gonzáles.

---

---

cuenta con experiencias en las que se han obtenido mejoras notables en algunos aspectos, pero con debilidades importantes en otros. Los avances en regiones como Tacna, La Libertad, Ica y Cuzco (entre otras) han sido mencionadas en algunos informes, en términos de incremento en la recaudación, incremento del gasto en salud, desarrollo de iniciativas en la potenciación de servicios, de funcionamiento regular de los CLAS, incremento de la producción y mejora de coberturas. Sin embargo, la exploración de otros temas como la eficiencia en el gasto, la participación comunitaria, el nivel técnico de la gestión, la integración funcional a otros servicios, el cumplimiento de algunos procedimientos, la carencia de información de impactos y el mejoramiento de los niveles óptimos de equidad, limitan el reconocimiento de los logros alcanzados.

- Falta de criterios, procedimientos e instrumentos para el manejo de algunos aspectos específicos en la administración compartida.- Aún existen algunos temas que más allá de los valiosos aportes iniciales requieren de un mayor nivel de perfeccionamiento y desarrollo. Esto incluye las siguientes áreas: tributación, contabilidad, manejo de personal, ejecución del gasto, planificación y evaluación de la ejecución del Programa de Salud Local. A ellos, se agregan los otros cuya incorporación a la gestión del Nivel Central es pertinente:

- . Criterios e instrumentos para la gestión del Censo Comunal
- . Manejo del Padrón de Identificación de Usuarios
- . Desarrollo de indicadores para evaluar la gestión descentralizada del PAC.
- . Desarrollo de los sistemas de soporte gerencial
- . Mejoramiento de las competencias institucionales y de dirección de servicios en los CLAS.
- . Criterios para validación de experiencias exitosas o satisfactorias de aplicación del PAC.

8. *Las deficiencias observadas en el funcionamiento descentralizado del PAC.-* Existen situaciones que indican, en términos generales, que el manejo descentralizado del PAC por parte de las Direcciones de Salud adolece de lo siguiente:

- *Conducción superficial del PAC en las regiones* expresada como desaciertos en la designación del responsable regional del PAC, falta de participación de algunas oficinas técnicas de las Direcciones de Salud en el funcionamiento de los CLAS, falta de diligencia en las acciones de seguimiento y control del uso de los recursos, baja calidad de las capacitaciones ofrecidas, etc.
- *Desconocimiento de una serie de aspectos del manejo público y privado de recursos y desaciertos notables en el manejo de temas* tales como la designación de los gerentes, la contratación de personal, la ejecución del gasto, contabilidad y tributación, articulación de los servicios, etc.

- 
- *Mantenimiento de algunos estilos de trabajo, actitudes y tendencias en la toma de decisiones* que resultan inadecuadas para el desarrollo de este nuevo modelo de gestión.
  - *Falta de desarrollo de propuestas para aplicar el modelo de gestión de manera satisfactoria a las diferentes realidades locales.*
9. *Limitaciones en el nivel de competencia de los Gerentes y miembros de los CLAS para el funcionamiento de la administración compartida.*- Se han identificado tres tipos de competencias básicas imprescindibles para un funcionamiento óptimo de la administración compartida (manejo de procedimientos institucionales, dirección y control de los servicios; y gerencia del establecimiento) que requieren ser provistas y mantenidas.
10. *Deficiencias en el cumplimiento de procedimientos y en el manejo de los recursos asignados a la ejecución del Programa de Salud Local.*- Existen comunicaciones y observaciones que indican la ejecución extemporánea o incorrecta de algunos procedimientos laborales y tributarios que han ocasionado la aplicación de multas a los CLAS. Además existen errores en la ejecución del gasto (decisiones arbitrarias, asignaciones ajenas a la programación vigente, deficiencias en la sustentación, etc.). Si bien estos no son problemas independientes sino consecuencia de lo anterior, es importante tomar en cuenta que requieren subsanarse para evitar procesos de sanción masivos que desprestigien la gestión del PAC, por hechos que debieron corregirse oportunamente.

#### **4.3 Lecciones Aprendidas**

1. *La Implantación del Programa de Administración Compartida ha puesto en descubierto una nueva agenda de vida institucional a las Direcciones Regionales de Salud.* Los funcionarios de las Direcciones Regionales de Salud, donde están funcionando los CLAS, están aprendiendo rápidamente una nueva agenda de vida institucional, que en el tiempo se hará extensivo e intensivo en todo el país: Convertirse en organismos catalizadores y facilitadores de procesos más que en administrador de servicios de salud.

En un mundo globalizado las instituciones públicas requieren flexibilidad para responder a las situaciones complejas y en rápida transformación. Eso es difícil si los responsables sólo pueden usar un método, el de la producción de servicios por su propia burocracia bajo las regulaciones de la administración pública.

La puesta en marcha del Programa de Administración Compartida ha determinado que algunas Direcciones de Salud hayan comenzado a adoptar sistemas que separan la toma de decisiones políticas de la prestación de servicios; de modo que quienes detentan la autoridad y la responsabilidad de conducción del sector orientan sus esfuerzos a la fijación de los objetivos estratégicos que regirán la prestación del servicio: al acopio de información y análisis de las alternativas posibles para alcanzar los objetivos; a la planificación de las actividades y determinación de los objetivos técnicos a alcanzar, de acuerdo a los objetivos estratégicos; a la

---

negociación de partes con los CLAS para la fijación de objetivos y metas de los programas de salud local; al proceso de comparación de resultados obtenidos con los objetivos perseguidos, modificando la acción de acuerdo a las desviaciones observadas. En otras palabras, el funcionariado regional acostumbrado a la monotonía y observancia a las regulaciones públicas está aprendiendo a ser gobernantes antes que administradores.

2. *Hacer que los establecimientos de salud sean propiedad de la comunidad constituye un factor determinante en la mejora de la calidad de la atención de los servicios de salud.* Todos sabemos que la gente actúa con mayor responsabilidad cuando controla su propio medio que cuando está bajo el control de otros. Sabemos que los propietarios cuidan mejor sus casas que los inquilinos. Somos una nación de organizaciones de autoayuda: el ayni y la mita son claros ejemplos. En la actualidad nos organizamos en comités de defensa, clubes de madres, guarderías infantiles (wawa wasis), para ayudarnos mutuamente, pero cuando se trata de administrar servicios públicos nos olvidamos de estas lecciones. Dejamos que la sociedad civil, representada por la burocracia, administre en nombre nuestro los servicios sociales.

Cuando un servicio público es administrado por la comunidad, este hecho no sólo cambia las expectativas e inspira confianza, sino que normalmente, proporciona soluciones mucho mejores a sus problemas que la de los servicios públicos normales.

Hay una percepción errónea, mencionada en párrafos anteriores, según la cual la comunidad no se encuentra en condiciones de administrar servicios; sin embargo los estudios de Taylor, Altobelli, Barnechea, Cortez, Vicuña demuestran hechos contrastables entre los sistemas profesionales de prestación de servicios y los CLAS; por ejemplo:

- ✓ La comunidad organizada que administra un CLAS está más comprometida ante sus miembros que los sistemas de prestación de servicios tradicionales ante sus beneficiarios. Los miembros de la comunidad están más comprometidos ante su comunidad que cualquier autoridad en materia de salud.
- ✓ La comunidad organizada que administra un CLAS comprenden sus problemas mejor que los profesionales de salud. Ningún burocrata podría saber más acerca de los problemas de salud de una comunidad que la gente que vive allí.
- ✓ Los profesionales de la salud y los burócratas prestan servicios de salud; los miembros de la comunidad que administran un establecimiento de salud resuelven problemas.
- ✓ Las comunidades son más flexibles y creativas que las grandes burocracias de servicios. Benavides<sup>39</sup> refiere que ..... *esta propuesta (refiriéndose al PAC) pretende encontrar una fórmula para modernizar la administración pública. En el sector salud, por ejemplo, se ha identificado que los procedimientos*

---

<sup>39</sup> Administración Compartida permite evitar trabas burocráticas. Artículo del documento Inversión Salud. Bruno Benavides. UNICEF. 1998.

---

*rígidos de ejercicio presupuestal impiden una adecuada administración de servicios y programas de salud a nivel local... esto ha conducido que desde el Ministerio de Salud promueva un mecanismo flexible de gestión de los centros y puestos de salud con la participación de la comunidad organizada..".*

- ✓ Las comunidades se centran en sus capacidades; los sistemas de servicios de salud se centran en las deficiencias.
3. *La implantación de Administración Compartida ha inyectado incentivos que promueven la mejora en la productividad y rendición de cuentas.* El contrato que se suscribe entre el MINSA y el CLAS, está diseñado sobre la base del financiamiento de resultados sanitarios, en vez de financiar insumos. Así, el CLAS debe velar por lograr el mejor cumplimiento de las metas trazadas en el Programal de Salud Local , así como en función a él, debe presentar la información no sólo a la autoridad del MINSA respectiva, sino fundamentalmente dar cuenta a la población, del uso de los recursos en general y los resultados obtenidos.
  4. *El funcionamiento de los CLAS ha demostrado que la gestión de los servicios de salud es más efectivo cuando se centra en objetivos y no en reglas y presupuestos.* El funcionamiento de la mayor parte de las organizaciones públicas no se inspira en misiones, objetivos, sino están que está regidas por reglas y presupuestos. Tienen una norma para cada cosa y un presupuesto específico para cada categoría. En el caso de los CLAS, definen su Programa de Salud Local y luego desarrollan presupuestos que dejan en libertad a los miembros del CLAS en libertad para la consecución de sus objetivos. Los presupuestos inspirados en objetivos dan a los responsables de la gestión la autonomía necesaria para responder a situaciones cambiantes; simplifican enormemente su formulación y liberan recursos para probar nuevas ideas.

---

## 5. Condiciones para el Éxito y Peligros para el Desarrollo del PAC – CLAS

---

A continuación nos permitimos enunciar un conjunto de condiciones que posibilitarían la sostenibilidad y el anclaje social del CLAS al margen de las connotaciones políticas que pudieran ocurrir. Estas han sido clasificadas en aquellas que tienen un carácter macro y micro institucional.

Entre las **condicionantes macro institucionales** se han identificado las siguientes:

### 5.1 Empoderar Equipos de Conducción y Directores.

Una de las grandes amenazas que ha tenido el Programa desde su creación ha sido la renuencia o resistencia pasiva de los funcionarios del segundo o tercer nivel organizacional del Ministerio de Salud y de las Direcciones Regionales de Salud.

La mayoría de los funcionarios de las Direcciones Regionales de Salud apuestan por las formas convencionales de gestión de los servicios de salud. Cuando se instala el funcionamiento de los CLAS en su ámbito optan por tres comportamientos:

- Un confrontamiento entre la autoridad de salud y los miembros de los CLAS, como es el caso presentado en la UTES Chincha de la Dirección de Salud de Ica; con menor intensidad pero con igual actitud en la Dirección Regional de Salud del Cuzco. En estas direcciones, el personal administrativo se negaba a entregar medicamentos e insumos de los Programas Nacionales a los CLAS aduciendo que estos recibían recursos del nivel central del MINSA.
- Un aprovechamiento de las ventajas de la gestión privada por parte de la Dirección Regional al cooptar los recursos financieros transferidos a los CLAS para su administración directa, en nombre de los CLAS, como fueron los casos ocurridos en las Direcciones de salud de Puno y de Ucayali.
- Un proceso de domesticación de los CLAS; el personal de salud coopta a dirigentes de las comunidades, los hace formar parte de la Junta Directiva de los CLAS y los manipula, como los que ocurrieron en las Direcciones de Salud de Arequipa y Junin.
- Una actitud de indiferencia al desarrollo de los CLAS como los producidos en Piura.

Bajo estas circunstancias, el solo hecho de separar las prestaciones de salud para que su administración sea encargada a terceros, esta significando en la practica nuevos roles a ser desempeñados por las autoridades de salud del nivel regional; roles que requieren ser ejercidos por agentes catalizadores que los impulsen hacia la orientación deseada, por lo que se requiere de lideres comprometidos e identificados con el desarrollo de procesos descentralizados de gestión como son los CLAS. En esta perspectiva una

---

---

estrategia que le de sostenibilidad al PAC debe ser el empoderamiento de Directores y sus cuadros técnicos, que se sustentaría en dos grandes fuentes: Una primera fuente es la delegación formal y burocrática en el cargo. Cuanto mas alto el nivel de designación, mas poder. La otra fuente es la legitimación que se entiende como el poder adquirido por una persona mediante el reconocimiento a sus propias capacidades y a su trayectoria exitosas. Se plantea que cuanto mas complejo y desarrollado el ámbito de gobierno, mayor relevancia tiene la legitimación; por otro lado, cuando menos desarrollado el ámbito de gobierno mayor relevancia tiene la delegación formal.

Con el fin de poder atraer a las personas calificadas se plantean dos situaciones; la primera que se definan claramente las reglas de juego en que esas personas se van a desenvolver, poniendo énfasis en asegurar el mayor grado de autonomía posible y segundo que se mejore el marco remunerativo actual. (una alternativa podría ser la incorporación de los funcionarios de las Direcciones de salud al régimen de la actividad privada, tal como esta haciéndose en el Poder Judicial o en ESSALUD.

## **5.2 Fortalecer Herramientas Estratégicas de Gestión**

Uno de los puntos críticos observados en las Direcciones de Salud se refiere a su alta tasa de rotación de personal directivo (Cajamarca ha tenido 7 directores de salud en los últimos 4 años; Huancavelica 7; Huanuco, 6), lo que trae consecuentemente la remoción del personal técnico que los acampana y la perdida en la continuidad de las actividades; otra situación presentada es la baja capacidad de gestión para modificar la situación preexistente. Esto es especialmente importante porque la viabilidad del PAC depende en gran medida de nuevas capacidades completamente diferentes a las que se requieren en el modelo burocrático: por su propia concepción el PAC aporta planteamientos novedosos sin referentes suficientemente sólidos y de alto riesgo.

Para cubrir esta condición se propone dos ejes de acción: el primero se refiere a la formación, de recursos humanos en general, y en particular a la formación gerencial de los cuadros directivos diversificando los perfiles necesarios para cada propósito; sobre el particular se plantea el acceso de profesionales de otras disciplinas; el segundo eje de acción es la implementación de herramientas estratégicas, tales como el planeamiento estratégico; sistemas de inteligencia sanitaria (evolución de los problemas prioritarios de salud, información estratégica y táctica sobre las variables relevantes del impacto); sistemas de información gerencial (producción de actividades, costos, auditoría médica etc.)

## **5.3 Diversificar Fuentes de Financiamiento en Salud**

Una de las debilidades del sector salud es su casi absoluta dependencia de los recursos del tesoro público para financiar sus actividades de salud; esta situación es riesgosa sobre todo si se considera la estrechez de recursos fiscales, las grandes demandas que requieren otros sectores aunado a esto la contracción en los ingresos fiscales; por ello es que el Ministerio de Salud a través de sus Direcciones de Salud, debe poner en práctica modalidades diferentes de financiamiento a fin de no solamente eliminar esta

---

mono dependencia sino ampliar la corresponsabilidad de la sociedad en la dotación de recursos económicos para el sector.

En la práctica se han presentado muchos mecanismos utilizados justamente por los CLAS: la venta de programas de salud a compañías mineras (el CLAS Caylloma de Arequipa lo está realizando; el CLAS Chincha baja vende paquetes de servicios a las empresas de tejidos ubicados en Chincha); Convenios de intercambio de servicios (el CLAS Lluyllucucha de San Martín intercambia servicios con ESSALUD); generación de nuevos servicios remunerables (los CLAS de Tacna contratan médicos especialistas, comparten horarios y remuneraciones; en otros CLAS contratan profesionales de salud bajo la modalidad de join venture).

#### **5.4 Descentralización y Flexibilización Normativa para el Manejo de los CLAS.**

Actualmente existen dos niveles de centralización y concentración del poder: Un primer nivel está constituido por el nivel central (MINSAL, MEF y otros órganos de gobierno); y un segundo nivel, constituido por las propias Direcciones de Salud con respecto a las dependencias de nivel periférico.

Con relación a la centralización y concentración de poder, es evidente que ésta es de por sí altamente regresiva. Decisiones en aspectos fundamentales, como la asignación de recursos al interior de las Direcciones de Salud, o las actividades de los programas verticales, son tomadas desde el nivel central, el cual en la mayoría de los casos desconoce la realidad precisa de cada espacio regional. De esta manera, se va atentando contra la posibilidad de alcanzar la equidad y la eficiencia. Otro tanto se da al nivel de las Direcciones de Salud, que tienden a absorber los recursos humanos y financieros en perjuicio de las unidades productoras de servicios de salud.

Con relación a la concentración del poder en el nivel central, consideramos que se requeriría una profunda Reforma del Estado para superarla. Sin embargo, hasta que ésta se implemente completamente, existe un espacio de poder manejado por el MINSAL que puede ser desconcentrado. Es el caso específico de los Programas Verticales y el PSBPT en particular. Si bien en la formalidad estos Programas parecen desconcentrados, en la práctica no lo están, ya que la programación de los recursos se sigue haciendo desde el nivel central. Este es un aspecto en el cual se podría incidir.

El otro punto, referido a la concentración de poder por parte de las Direcciones Generales también puede ser “intervenido” a través de la asignación central con destinatario específico, con el fin de asegurar que los recursos fluyan a las unidades prestadoras de línea de primer y segundo nivel. Esta acción sería viable en el marco de una reorganización y reestructuración de las Direcciones de Salud. Los principales lineamientos de este proceso serían: primero: concentrar las funciones de gobierno en las direcciones generales, desligándolas de la ejecución de actividades de línea. Segundo, organización de los CLAS en redes en ámbitos espaciales más integrados y pequeños: el span of control de un CLAS, que a su vez, sea un espacio donde no se diluya la participación comunitaria podría ser un centro de salud que sea un hinterland de sus puestos de salud.

---

## **5.5 Empoderamiento de los Recursos Humanos de Salud**

El planteamiento estratégico en este punto consistiría en tomar y utilizar las virtudes del sector privado, pero sin cargar con sus limitaciones. La idea principal que debe ser promovido por el Ministerio de Salud, sobre la base de las experiencias obtenidas en el proceso de desarrollo de los CLAS es lograr que el personal de salud se sienta “propietario” del trabajo que realiza y corresponsable de las consecuencias sociales del mismo, en una total identificación con su establecimiento y su institución en general.

Algunas formas que ya se vienen dando en embrión en las experiencias observadas en el trabajo de campo son:

- Autonomía para el desarrollo competitivo, eficiente y de calidad en el ámbito de los procesos de trabajo y de la unidad prestadora.
- Complementos remunerativos por productividad y compromiso, en vez de repartos igualitarios independientes del rendimiento.
- Incentivos, posibilidad de ascenso y reconocimiento por el buen desempeño
- Confianza y libertad de empresa interna

De esta forma, no sólo se potenciarán las posibilidades emprendedoras, sino que además el personal dará mucho más de sí. Naturalmente, es preciso establecer formas de autocontrol, que impidan un uso perverso de la mayor autonomía o del poder conferido para intereses y beneficios individuales.

## **5.6 Lograr Competitividad entre Proveedores de Prestaciones de Salud**

El desarrollo de los CLAS con respecto a la promoción de la competencia y competitividad entre prestadores públicos debe ser promovida por el Ministerio de Salud; demuestra que cuando se da libertad a la creatividad, ingenio y la toma de decisiones al nivel local, se abren los mecanismos y oportunidades por los cuales distintos proveedores de servicios puedan competir; esta situación no sólo brinda la más poderosa arma contra la ineficiencia, (pues obliga a los gerentes a bajar los costos, a responder rápidamente a las cambiantes demandas y a tratar de satisfacer a los clientes, evitando que estos opten por otro proveedor), sino que adicionalmente, es un potente motor para la innovación y la creatividad en busca de mejorar la calidad del producto. Por último, competir en el mercado con toda seguridad eleva la moral de los trabajadores del sector público, acostumbrados a sub valorarse frente a los empleados de las empresas privadas.

## **5.7 Inserción del PAC en la Organización Institucional del MINSA.**

---

Una de las debilidades más grandes que ha tenido el PAC ha sido su manejo al margen de las dependencias estructuradas del Ministerio de Salud. Su incorporación al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, que en un principio fue considerada como un acierto, con el correr del tiempo ha demostrado que las conductas institucionales propias del programa de salud básica para todos han contaminado la gestión del PAC, ocasionando una “fenómeno de regresión burocrática”; ergo: las normas que limitan su discrecionalidad en la toma de decisiones (impedimento para contratar profesionales especialistas); recursos financieros enviados por “asignaciones pre establecidas”, etc.

Que el PAC siga funcionando como un Programa cuasi vertical no crea las condiciones para su viabilidad; lo más conveniente es que se inserte dentro de la institucionalidad del MINSA debiendo su nicho natural ser la Dirección General de Salud de las Personas.

### **Aspectos micro institucionales**

#### **5.8 Clarificación en Sistemas Administrativos Básicos: Contabilidad y Tributación**

Uno de los elementos para la construcción de la viabilidad del PAC son los instrumentos de soporte legal; se requiere abordar con claridad dos temas importantes: los aspectos contables y los tributarios.

En cuanto a los aspectos contables se requiere dilucidar, entre otros, los siguientes aspectos

- Tipo de Contabilidad que debe llevar.
- Entidad que debe aprobar la información comprendida en los libros contables
- Entidad que debe auditar.
- Acciones a tomar contra el CLAS cuando los libros contables no reflejan los estados de cuenta.

Con respecto a los aspectos tributarios:

- Tipo de tributos que debe pagar o no pagar
- Régimen tributario al que debe acogerse.
- Utilidad real que le debe dar al RUC.

#### **5.9 Participación de los Miembros del CLAS en la Toma de Decisiones**

La experiencia nos ha enseñado que la separación del órgano de gobierno del CLAS en Asamblea y Consejo Directivo ha determinado que la vida orgánica del CLAS se circunscriba al funcionamiento del Consejo Directivo, dejando de lado la opinión de

---

los demás miembros del CLAS. Muy eventualmente y en contadas oportunidades se ha apreciado un funcionamiento orgánico del CLAS.

Esta situación no permite, por un lado una gestión transparente y una participación real de la comunidad; considerando los cambios en la composición de los establecimientos de salud que deben formar parte del CLAS, lo racional sería propender a la conformación del Consejo Directivo Ampliado del CLAS donde todos sus miembros participen en igualdad de condiciones en la vida institucional del CLAS.

Por otra parte se hace imprescindible otorgar un incentivo pecuniario a los miembros del CLAS por su labor como dirigentes; siempre fue un requerimiento permanente. Considerando la gran responsabilidad y la carga de trabajo que se le asigna, es necesario reconocer su trabajo con un estipendio que en términos presupuestales puede consignarse como “Directorio” o “propina”.

### **5.10 Involucramiento de Profesionales en la Construcción de la viabilidad del CLAS**

A lo largo y ancho del país existen profesionales de diferentes especialidades que han participado en la organización y funcionamiento de los CLAS. Su experiencia no siempre ha sido rescatada en forma adecuada debido a la alta tasa de rotación de personal, no solamente a nivel de los establecimientos de salud, sino también en los niveles de decisión regional y subregional. En general, este personal, cuya capacitación y entrenamiento ha sido teórico y de tipo vivencial ha aportado con ingenio y creatividad propuestas novedosas que afianzan el anclaje social y técnico del PAC. Este aporte profesional ha sido muy importante para la adaptación de tecnologías locales en la prestación de servicios de salud, para modular la incorporación de la medicina tradicional en la atención, y en el campo gerencial, para adoptar a su realidad local experiencias exitosas de otros CLAS (sistemas de prepago, integración de actividades de salud con otros sectores, etc).

### **5.11 Considerar los Aportes de otros Proyectos y Programas.**

Programas y Proyectos del Ministerio de Salud han generado en estos últimos tiempos propuestas técnicas que permiten mejorar la gestión y organización de los servicios de salud en el nivel básico de atención; estas propuestas deben ser incorporadas al PAC.

---

## Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud

### “LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA – CLAS”

<sup>40</sup>**Nombre de la persona entrevistada:**

JUAN JOSE VERA DEL CARPIO

#### Entrevista dirigida al informante clave

1. Quiénes son los actores que participaron en la creación del PAC –CLAS?

El ex Ministro de Salud Dr. Jaime Freundt y un equipo de profesionales bajo mi dirección, entre ellos la Dra. Patricia Paredes, el Econ. Gonzalo Barrios; el Lic. Carlos Bendezú y la Lic. Rossana Pajuelo.

2. Cómo se gestó el proceso? Historia de la creación del PAC

Los CLAS surge de la iniciativa de la Dirección Central del MINSA bajo la conducción del Dr. Freundt, como una forma de dar inicio a la reforma del sector salud.

3. Cómo se desarrolló el proceso?

Luego de la preparación de la norma legal que le dio sustento al Programa de Administración Compartida, se trató de elaborar los instrumentos técnicos que permitan su funcionamiento, para luego identificar las Direcciones de Salud donde los funcionarios que lo dirigían mostraban interés en conformar los Comités. Es así que los primeros CLAS se conforman en Chíncha y en la ciudad de Ayacucho.

4.Cuál ha sido la estructura del Programa?

Si el Programa buscaba mejorar la eficiencia financiera y social así como la calidad en la prestación del servicio; en el nivel central se buscaba similares actitudes: Conformar un equipo pequeño, sólido técnicamente y multifuncional; el número de consultores nunca sobrepasó de 6. Para aspectos técnicos se contrató a profesionales de la especialidad.

5. Cuáles han sido las responsabilidades del Equipo Conductor del PAC?

Entre las más importantes estuvieron:

- ✓ Promover a nivel nacional la conformación de los CLAS.
- ✓ Capacitar al personal de las Direcciones de Salud en aspectos relacionados con la constitución y funcionamiento de los CLAS, brindándoles asistencia técnica;
- ✓ Preparar los instrumentos que le proporcionen sustento legal, técnico y administrativo a los CLAS.

---

<sup>40</sup> Juan José Vera del Carpio fue el Coordinador del PAC desde 1994 hasta 1998.

---

6. Con qué frecuencia se han dado cambios en el equipo conductor?

Con muy poca frecuencia

El equipo de conducción básicamente ha sido el mismo en sus primeros 4 años de vida. El staff del PAC estuvo conformado siempre por 5 profesionales y una secretaria.

7. Cómo se distingue el PAC de otros programas existentes en el MINSA?

Nos enorgullecemos de haber sido el mascarón de proa de la reforma del sector salud al incorporar en la agenda de cambios temas como:

- ✓ La separación de funciones de gobierno y administración
- ✓ La incorporación de sistema de contrato (ahora llamado acuerdo de gestión) como parte de la cultura institucional de las regiones.
- ✓ La gestión de los servicios de salud del primer nivel de atención bajo el r
- ✓ El financiamiento a los resultados antes que a los medios de producción.

8. Cómo se ha insertado el PAC en el aparato administrativo del MINSA?

En el período comprendido entre 1994 y 1998 se buscó la inserción del PAC a la estructura administrativa del MINSA sin resultado alguno; sólo en 1998 mediante Resolución Ministerial se logró conformar un Comité de Apoyo al Programa de Administración Compartida, conformado por funcionarios del nivel central de MINSA, con escasos resultados.

9.Cuál ha sido el rol del Equipo Conductor en la formulación del Programa de Salud Local de los CLAS en comparación con los CLAS? Qué debilidades se han encontrado?

La idea es que el programa de salud local sea un documento que resulte de recoger los problemas de salud de la comunidad para, sobre esta base, elaborar el conjunto de actividades que resuelvan estos problemas más aquellas intervenciones de salud que a juicio del Estado deben estar obligatoriamente incorporadas en el PSL. Las actividades y metas son establecidas por el personal de salud del establecimiento conjuntamente con los miembros del CLAS. Esta es la gran diferencia con la programación tradicional. En este último caso quienes establecen las metas y prioridades son los representantes de los Programas Nacionales en cada Dirección Regional de Salud.

10. Cómo han funcionado los Contratos de Administración Compartida entre el MINSA y los CLAS?

Como todo proceso al inicio se encuentran imperfecciones, con el tiempo están van acercándose al modelo propuesto.

11. Que opinión tiene frente a las siguientes consideraciones:

---

a. Los niveles de participación comunitaria en los CLAS

La participación comunitaria tiene diferentes niveles de desarrollo; como todo proceso social es dinámico y contingencial; requiere de acciones permanentes de acompañamiento, particularmente en aquellos espacios donde la participación comunitaria es todavía incipiente.

b. Los CLAS en relación al proceso político de descentralización

Un ejemplo claro de descentralización, entendida como transferencias del poder de decisión a aquellos funcionarios que enfrentan a diario los problemas de salud y que conocen las respuestas adecuadas para resolverlos.

c. Los CLAS y elementos de innovación en materia gerencial:

La figura del jefe del establecimiento de salud, hoy gerente es realizada por primera vez. Es el responsable técnico y administrativo de la ejecución del programa de salud local y con capacidad discrecional para organizar el proceso de producción.

1. Manejo de recursos humanos. Tipo de relación existente entre personal nombrado por el MINSA y personal contratado por el CLAS

Al principio se presentaron problemas entre el personal nombrado y el contratado: son las reacciones naturales frente al cambio. Con el tiempo se fueron amoldando los unos y los otros en la búsqueda del mismo fin.

2. El sistema de adquisición de bienes

Las adquisiciones de bienes se realiza por el CLAS, previo acuerdo y bajo las normas del sector privado sobre la base de las necesidades que satisfagan la ejecución del programa de salud local.

3. El sistema de financiamiento de los CLAS

El sistema de financiamiento es al programa de salud local para lo cual se usan recursos de diferentes fuentes: transferencias del PSBPT: uso de los recursos propios y se ejecutan en base a las necesidades requeridas por el gerente del CLAS.

4. La producción de servicios en CLAS vs no CLAS

El CLAS al suscribir un contrato de administración Compartida, adquiere un doble compromiso: con la comunidad a quien representa y con el Ministerio de Salud; esta situación determina un mayor celo en el cumplimiento de metas, en la mejora del proceso productivo y por ende en la calidad de la prestación del servicio.

d. La equidad que los CLAS hayan logrado a nivel local

---

El hecho que los miembros de los CLAS sean quienes fijen las tarifas y determinen las zonas geográficas donde la atención de atención debe ser prioritaria representa un gran paso en la búsqueda de la equidad.

e. Debilidades que el PAC ha tenido hasta este momento

El PAC todavía tiene muchas imperfecciones y debilidades; unas provenientes de la misma conducta del funcionariado que aún no acepta estas formas de manejo empresarial de los servicios públicos : otra debilidad manifiesta es la escasa capacidad gerencial de los titulares de los establecimientos de salud y el poco desarrollo del liderazgo mcomunal para la asunción de cargos de esta responsabilidad.

---

## “LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA – CLAS”

**<sup>41</sup>Nombre de la persona entrevistada:**

Dr. RENAN NEYRA ZEGARRA.

### Entrevista dirigida al informante clave

1. Quiénes son los actores que participaron en la creación del PAC –CLAS?

El programa de Administración Compartida se gestó en 1994 en el nivel central del MINSA. La Dirección regional de Salud de Tacna tuvo conocimiento de este programa cuando se nos convocó a una reunión nacional en el mes de mayo de dicho año.

2. Cómo se gestó el proceso? Historia de la creación del PAC

No dispongo de mucha información al respecto.

3. Cómo se desarrolló el proceso?

En el caso particular de Tacna, luego del evento el Equipo de Gestión de la Dirección regional convino en que la propuesta era interesante peromque era necesario obtener mayor información; es así que recién se organizan los primeros CLAS en el mes de setiembre del dicho año.

4.Cuál ha sido la estructura del Programa?

En el nivel regional se organizó el Equipo Permanente de Apoyo al Programa de Administración Compartida (EPAC), responsable en el nivel regional de la organización y funcionamiento de los CLAS. Este equipo estuvo constituido por un médico a cargo de la supervisión de las actividades de salud y de la auditoría médica: un contador, responsable de la auditoría contable

5. Cuáles han sido las responsabilidades del Equipo Conductor del PAC?

Suponemos que era de la promover el desarrollo de los CLAS a nivel nacional.

6. Con qué frecuencia se han dado cambios en el equipo conductor?

Nuestras coordinaciones con el Programa de Administración Compartida se realizó, durante los años 1994 a 1998 con el mismo equipo de consultores que lo conformaban.

7. Cómo se distingue el PAC de otros programas existentes en el MINSA?

---

<sup>41</sup> Renán Neyra Zegarra es el Gerente de la Red de establecimientos de Salud de Tacna. Fue el principal promotor de dicha región en la organización y funcionamiento de los CLAS.

---

Hay un abismo de diferencia entre programas tradicionales con la modalidad de administración bajo la administración compartida. El PAC libera a la gestión de las ataduras burocráticas y posibilita la resolución de problemas. Esta fue las razones por las que todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención de Tacna están bajo el régimen de administración compartida.

8. Cómo se ha insertado el PAC en el aparato administrativo del MINSA?

Se ha insertado a través del Comité Integrado de Gestión.

9. Cuál ha sido el rol del Equipo Conductor en la formulación del Programa de Salud Local de los CLAS en comparación con los CLAS? Qué debilidades se han encontrado?

El CIG adecúa las normas sobre la formulación del PSL y sobre esta base cada CLAS formula sus PSL bajo la asistencia técnica del profesional de la salud responsable de esta acción.

10. Cómo han funcionado los Contratos de Administración Compartida entre el MINSA y los CLAS?

Los 47 CLAS de Tacna han cumplido con los objetivos y metas convenidos en los Contratos de Administración Compartida. Ahora se han agregado los Contratos de Gestión que son documentos que precisan anualmente las metas de salud a los que debe llegar el establecimiento de salud.

11. Que opinión tiene frente a las siguientes consideraciones:

a. Los niveles de participación comunitaria en los CLAS

La población participa activamente en la gestión de los establecimientos de salud. En 6 años de funcionamiento se han renovado los cuadros directivos, de modo que los nuevos líderes tienen mayor conocimiento de la realidad sanitaria y de la gestión de establecimientos de salud.

b. Los CLAS en relación al proceso político de descentralización

El funcionamiento de los CLAS permite la construcción de ciudadanía y de líderes comunales que conocen su realidad y que están en capacidad de administrar no solamente servicios de salud sino cualquier servicios público.

c. Los CLAS y elementos de innovación en materia gerencial:

La creación de los CLAS ha determinado que la Dirección de Salud vea la necesidad de formar gerentes, razón por el cual suscribió un Convenio con la Universidad Cayetano Heredia para organizar una Maestría en Gerencia de Servicios de Salud que ha concluido exitosamente. El 90% de los maestrandos son gerentes de CLAS.

d. Manejo de recursos humanos. Tipo de relación existente entre personal nombrado por el MINSA y personal contratado por el CLAS.

---

---

Siempre se presentan fricciones entre personas que pertenecían a una cultura organizacional distinta a los que ingresan bajo un régimen privado. El trabajo cotidiano y las reuniones de trabajo han determinado un cambio e actitudes que han beneficiado fundamentalmente a la población usuaria.

d. El sistema de adquisición de bienes

Es mucho más viable y flexible la adquisición de bienes o servicios cuando un establecimiento se encuentra administrado por los CLAS.

e. El sistema de financiamiento de los CLAS

El hecho que los CLAS administren su presupuesto ha permitido el uso óptimo de sus recursos; situación que ha determinado un cambio radical en la infraestructura y el equipamiento de los establecimientos de salud administrados por los CLAS.

f. La producción de servicios en CLAS vs no CLAS

La producción de servicios medidos en cobertura y concentración en los establecimientos de salud de Tacna ha dado un salto cualitativo y cuantitativo espectacular. Esta situación se manifiesta en los indicadores de salud de la región Tacna que son comparables con cualquier país europeo.

g. La equidad que los CLAS hayan logrado a nivel local

Junto con el CLAS se ha instalado en Tacna el Seguro Materno Infantil; esta situación ha determinado que los miembros de la comunidad responsable de la administración de los CLAS apoyen en la identificación de aquellas madres y niños en situación de extrema pobreza. Del mismo modo, las personas ancianas mayores de 75 años tienen atención gratuita en los establecimientos de salud de la periferie.

12. Debilidades que el PAC ha tenido hasta este momento

Más que debilidades se presentan superposiciones de las diferentes unidades estructuradas del MINSA solicitando la ejecución de actividades de salud en función a metas y objetivos de los Programas Nacionales y realizando actividades de supervisión segmentados. Por otra parte es importante que el nivel entral del MINSA defina la situación tributaia de los CLAS.

---

## “LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA – CLAS”

**42Nombre de la persona entrevistada:**

Dr. Félix Hidalgo Ramirez
---------------------------

### Entrevista dirigida al informante clave

1. Quiénes son los actores que participaron en la creación del PAC –CLAS?

No estoy seguro pero han sido consultores del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud del Ministerio de Salud quienes bajo la dirección del Dr. Freundt , entonces Ministro de Salud en 1994, diseñaron y pusieron en operación el Programa de Administración Compartida.

2. Cómo se gestó el proceso? Historia de la creación del PAC

No dispongo de información.

3. Cómo se desarrolló el proceso?

La instalación del CLAS en el Cusco fue complicada. Los funcionarios de la Dirección Regional de Salud y los niveles intermedios no mostraron mayor entusiasmo en la instalación del Programa de Administración Compartida. La resistencia fue mayor con el personal de las UTES y el sindicato de trabajadores de Salud. Inclusive promovieron un paro regional en contra de los CLAS, aduciendo que este programa era parte de la privatización del sector salud.

A pesar de estas resistencias se instalaron los CLAS en la ciudad del Cusco y lugares aledaños cuyo desarrollo fue librado al interés y entusiasmo que pusieron en forma individual algunos funcionarios de la Dirección de Salud. Se presentaron casos anecdóticos donde los jefes de las UTES dispusieron que no se les entregara insumos y medicamentos de los Programas Nacionales a los CLAS so pretexto que éstos recibían transferencias directas desde el Ministerio de Salud.

4.Cuál ha sido la estructura del Programa?

Prácticamente el Programa no fue estructurado por la escasa importancia que le dio la Dirección Regional de Salud .

5. Cuáles han sido las responsabilidades del Equipo Conductor del PAC?

Tratar en la medida de sus posibilidades apoyar a los dirigentes comunales a cargo de la administración de los establecimientos de salud así como al personal de salud.

---

<sup>42</sup> El Dr. Félix Hidalgo Ramirez ha sido Gerente del CLAS Ttfo de la Dirección Regional de Salud del Cusco.

---

6. Con qué frecuencia se han dado cambios en el equipo conductor?

Considerando el escaso apoyo de la Dirección de Salud al PAC, entre el funcionariado regional no había mayor interés en ocupar el cargo de coordinador regional del PAC.

7. Cómo se distingue el PAC de otros programas existentes en el MINSA?

En los establecimientos de salud donde se instaló el CLAS, como el caso del Centro de Salud Ttío, los miembros de los CLAS conjuntamente con el personal de salud acordaron ejecutar un proceso de reingeniería de su infraestructura, de sus servicios, logrando en poco tiempo incrementar sustancialmente su producción; vender servicios a entidades públicas como a la Universidad San Antonio de Abad del Cuzco; contratar bajo modalidades de "riesgo compartido" médicos especialistas. Acciones éstas que no pueden ser ejecutadas por establecimientos de salud administrados desde la Dirección de Salud o de sus UTES.

8. Cómo se ha insertado el PAC en el aparato administrativo del MINSA?

En la Dirección Regional de Salud el PAC no se ha institucionalizado; por Directiva se conforma el Comité Integrado de Gestión y es mediante esta norma que se conduce la administración de los establecimientos del PAC y de aquellos que están focalizados.

9. Cuál ha sido el rol del Equipo Conductor en la formulación del Programa de Salud Local de los CLAS en comparación con los CLAS? Qué debilidades se han encontrado?

La debilidad manifiesta del Programa de salud es la escasa fuerza que tiene este documento como instrumento de contratación frente al poder de los programas nacionales que disponen sobre la base de supuestos las metas. Otra debilidad es la escasa expertise de los funcionarios de la región en los aspectos técnicos, administrativos y tributarios de los CLAS.

9. Cómo han funcionado los Contratos de Administración Compartida entre el MINSA y los CLAS?

Este instrumento todavía no tiene el poder de negociación y de condicionamiento en el cumplimiento de las cláusulas establecidas por diferentes razones; una de ellas es la escasa importancia que le dan a este documento los funcionarios de la Dirección de Salud.

10. Que opinión tiene frente a las siguientes consideraciones:

a. Los niveles de participación comunitaria en los CLAS

Todavía en proceso de maduración: son excepcionales los casos de los representantes de la comunidad de los CLAS de Ttío, Independencia, Quispicanchis donde los representantes de la comunidad combinan su sensibilidad social con un nivel cultural bastante sólido.

b. Los CLAS en relación al proceso político de descentralización

---

Los CLAS constituyen un ejemplo de cómo cuando hay decisión política los servicios públicos como el de salud pueden ser transferidos a niveles locales y puen ser administrados con eficiencia y transferecia.

11. Los CLAS y elementos de innovación en materia gerencial:

- a. Manejo de recursos humanos. Tipo de relación existente entre personal nombrado por el MINSA y personal contratado por el CLAS

Los CLAS tiene dos tipos de personal, los nomnrados y los contratados: ambos pertenecen al sector salud; en un principio había una distinción unos decían que eran del CLAS otros del Ministerio de Salud:unos trabajan 12 horas y otros 6 horas: unos deben tener derechos a la canasta otros no; estas fricciones iniciales, con el tiempo sed han ido atenuando.

- c. El sistema de adquisición de bienes

La administración delos CLAS bajo el régimen privado le permite adquirir bienes y servicios en función del cumplimiento de los objetivos institucionales.

- d. El sistema de financiamiento de los CLAS

Es la llave de la descentralización. El uso de los rcursos al márgen de la normativa del sector público hace que la gestión de los establecimientos de salud sea más flexible y fluida.

- e. La producción de servicios en CLAS vs no CLAS

No hay punto de comparación. Cuando visite el Cusco cmpara un establecimieto administrado por el CLAS con otro que no está en el programa verá las grandes diferencias. Considero que los efectos de la implantación del Programa se tangibilizan con la demanda de los usuarios por la atención a sus necesidades.

- f. La equidad que los CLAS hayan logrado a nivel local

La descentralización de los servicios de salud es un medio para llegar a la equidad; si le dan poder de decisión a los responsables de la conducción de un establecimiento de salud; estos tienen la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios de salud a toda la población priorizando a aquellas poblaciones de extrema pobreza.

- g. Debilidades que el PAC ha tenido hasta este momento

- ✓ Débil equipo de conducción regional de los CLAS.
- ✓ Carencia de estrategias para la identificación de líderes comunales que conformarían el cuerpo directivo de los CLAS.
- ✓ Debilidad en la capacidad negociadora de la Dirección de Salud con los responsables de los Programas Nacionales para hacer valer las actividades y metas del PSL.

---

## “LA EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA – CLAS”

**<sup>43</sup>Nombre de la persona entrevistada:**

Dra. Patricia Paredes Solari

### Entrevista dirigida al informante clave

*Que opinas sobre la relación existente entre el trabajo de redes y los CLAS?*

La lógica de redes nunca me ha parecido contradictoria al CLAS, es más, siempre me ha parecido que los CLAS deben formar parte de una red. En mi opinión no podría ser de otra forma, ya que el concepto de una red se refiere más a los servicios prestados dentro de un establecimiento que al sistema de manejo de fondos. Es básicamente un sistema de referencia y contrareferencia. En este sistema el CLAS debe ocupar el nivel básico de la red, teniendo como referente el hospital, por ejemplo.

Las redes en general, me parecen una buena idea, siempre y cuando se respete la autonomía de los puestos y/o centros administrados por los CLAS. La conformación de estas redes no me parece diferente a como siempre se ha estructurado el MINSA. Es decir, como cabeza de red viene el hospital porque es el centro referencial, y luego vienen los centros que dan la admisión, triaje, etc.

*El CLAS podría administrar una red, es decir ser cabeza de red?*

El CLAS no puede administrar una red, no puede ser cabeza de red. Sobre todo en Lima. Si se definiera una red como un distrito como en el caso de San Juan de Lurigancho con más de 600,000 habitantes, no creo que un CLAS se haga cargo de la atención a un nivel de esta magnitud. Allí hay más de 20 centros. Como yo lo veo, allí hay un hospital de referencia, el Cayetano Heredia, que puede tener varias microrredes de referencia. No lo entiendo de otra manera.

Es bien difícil creer que sea viable tener un Acuerdo de Gestión para toda una red. Debemos considerar que éste Acuerdo de Gestión debería en teoría incluir toda la problemática local de salud de cada comunidad. Puede haber compromiso para la atención como cabeza de red que ellos brindan, pero no pueden comprometerse que a nivel de CLAS hagan las acciones de salud con un nivel de detalle de programación que no manejan. Ahora, no sería lo más adecuado que las cabezas de red firmen los acuerdos de gestión marco, para que éstas a su vez firmen subcontratos con los CLAS. Esto no sería justo, se haría que nuevamente el dinero se quede en los niveles más complejos. Si es que el Programa de Salud Local es respetado, no habría problema, para esto, el contenido de los acuerdos no debería ser de naturaleza económica sino mas bien de compromisos de función. Y debe recogerse los compromisos de los diferentes niveles en el acuerdo de gestión. Mientras que el nivel de supervisión tiene la responsabilidad de asegurar que haya cobertura total, calidad y equidad, la comunidad tiene la responsabilidad de que se hagan los programas, que se ejecuten las prioridades

---

<sup>43</sup> Johns Hopkins University. La Dra. Paredes formó parte del equipo encargado del diseño inicial del PAC-CLAS en el año 1994.

---

que ellos tienen, y que se llegue a la población que se ha identificado como la más necesitada. Es una comunicación entre ambos. La DISA debe verificar que estos acuerdos se cumplan. La DISA ya no se encarga de supervisar cuentas, minucias. Lo más importante es que la atención llegue a quienes debe llegar, a los más pobres.

*Qué cambios podrían hacerse a los CLAS? Es necesario introducir más reglamentación?*

Lo fundamental es que las reglas de juego mantengan flexibilidad. Ha habido una tendencia por hacer más reglamentación. Pero el problema que surgiría sería el colocar a la población un sistema público tan arcaico como el que se mantiene en el MINSA. Ahora, hay que considerar que la solución a estos elementos reglamentaristas no corresponde al PAC, sino a instituciones extraministeriales. Debe tomarse como precedente los contratos que tiene el Estado con instituciones privadas y ver si a esas instituciones privadas se les exige que lleven un sistema administrativo y de rendición de cuentas público.

*Se debe pagar a los miembros del CLAS?*

Al inicio no se consideró el pago a los miembros de CLAS porque no se quería incentivar a gente que no tuviera interés en salud a que lo haga por interés. Sí se previó que en el tiempo, aparte de los pagos por reuniones podrían hacer uso de fondos para que realizaran gestiones, que compensen aunque sea esas las horas que dedican a hacer esas gestiones. Por ejemplo, en cualquier empresa, todos los miembros de directorio reciben alguna asignación, no como sueldo, sino como dieta por comisiones. Creo que eso es algo justo. Y los CLAS podrían hacerlo, ya que se trata de una entidad privada. Y quizás eso lo podría decidir el CLAS en forma independiente, no es que el gobierno destine transferencias para ese fin, sino que a partir de los fondos generados ellos pongan a consideración de la Asamblea General cómo es que deben distribuir esos fondos.

*Pero esto no podría tener conflicto con la Ley de Presupuesto?*

No creo que hayan problemas en la medida que la Asamblea considere que es necesario hacer estos gastos con la finalidad de mantener los logros en salud. Lo que la Ley de Presupuesto desea evitar es la informalidad, pero en la medida que esté justificado por la Asamblea de CLAS, no estimo que hayan inconvenientes de naturaleza presupuestal, administrativa, ni legal. Claro que este acuerdo es individual en cada CLAS, y que deben ponerse límites a estas dietas, por ejemplo, no más del 10% de los recursos directamente recaudados.

*Qué opinas sobre la participación de las municipalidades en los CLAS?*

Podrían tener un espacio, pero debería ser como personas y no como representantes del alcalde. Ya que operativamente, en las reuniones de CLAS una vez podría acudir el alcalde, en otra el representante A del alcalde, en otra el representante B del alcalde, sin mantener continuidad y sostenibilidad en los acuerdos tomados. Mas aún en los distritos grandes, va a haber una representante del alcalde en cada puesto? Cuál es el beneficio para el CLAS?

---

*Apoyar proyectos de desarrollo del CLAS o complementarios a los fines del CLAS que serían financiados con fondos de la municipalidad.....*

Eso sí, En mi criterio debería mas bien haber una coordinación estrecha entre lo que el CLAS y su PSL tiene para esa área y lo que la municipalidad pueda aportar a este nivel. Pero no estoy segura si es que se quiere que el representante esté en ese CLAS sin que viva en el área local, puede no tener mucho interés en las iniciativas del CLAS

*Pero sí queda como conclusión que pueden haber vínculos de coordinación....*

Eso sí tiene que haber. El CLAS constituye un grupo de gente con una misión común afín al sector. Pueden ejercer presión en la municipalidad para que ésta contribuya con sus acciones propias, por ejemplo, saneamiento básico, campañas de salud, vías de acceso a los servicios de salud. Nuevamente, no estoy segura que la municipalidad tenga que tener un representante en cada CLAS. Tampoco debiera haber un solo ente coordinador de los CLAS para con la municipalidad. Ya que esto trae nuevamente el tema que es casi imposible que se llegue a un consenso respecto a los PSL de todos los CLAS, que tienen necesidades particulares.

*Qué opinas que los 6 miembros sean elegidos or la comunidad? Algunos dicen que actualmente los representantes de la comunidad no representan a nadie.....*

Eso no lo podemos contrastar ya que quienes han catalizado este proceso han sido las DISAs. Pero lo podemos ver de otro modo. Si las disposiciones son públicas y están a disposición de todos, es imposible impedir desde Lima la manipulación del nivel subregional sin volver a ser paternalistas. Lo que trae un regreso a prácticas que en realidad queremos dejar atrás. Lo que sí se puede hacer es una mayor difusión a la población para que ésta sepa que la votación va a ocurrir y ellos mismos demanden su participación. Está claro que los coordinadores en cada DISA pueden sesgarse con motivaciones amicales, o políticas, pero eso se limita en la medida que haya difusión

*Qué debilidad ves en el PAC-CLAS?*

Creo que también es el punto más fuerte, y es la amplia libertad, la amplia libertad. La gente cuando no está acostumbrada a decidir, puede optar por lo más fijo, yendo a la rigidez. Sin embargo, esto es lo mas saludable, también. Uno debe dejar sentadas las bases, pero no puede decidir por ellos. Esto les da la opción de crecer y de que emprendan su desarrollo. En realidad ese es el desarrollo que queremos. Queremos que tengan desarrollo y sean autosuficientes para tomar una decisión, y por lo menos allí se debe llegar. Antes me asustaba que la comunidad tenga ese nivel de libertad por temor a las críticas, pero no se puede ser paternalista ni controlista.

*Es una desventaja que el PAC haya tenido un equipo de conducción tan pequeño?*

Es una debilidad pero también una riqueza. Ya que la gente ante un equipo que no puede estar presente en todo lugar, trata de salir adelante por sus propios medios, y de esta manera están creciendo. Si se tuviera un grupo más grande, habría una mayor disgregación. Cuando son pocas las personas de un grupo, el pensamiento es mas unido y lo que se transmite es mas uniforme. Si hay 20 personas, cada uno interpreta y da sus

---

soluciones a su manera. Con un grupo pequeño hay limitaciones pero hay mayor consistencia. También se evita ser controlista y paternalista.

- 
1. Altobelli, Laura. Comparative Analysis of Primary Health Care Facilities with Participation of Civil Society in Venezuela and Perú. March 1998.
  2. Benavides, Bruno. Administración Compartida permite evitar Trabas Burocráticas. En: Inversión Salud, UNICEF. 1998.
  3. Cortez, Rafael. Equidad y Calidad de los Servicios de Salud: El Caso de los CLAS. Universidad del Pacífico. Setiembre 1998.
  4. De Roux, Gustavo. Participación y Cogestión en Salud. En: Educación Médica y Salud. vol 27, No 1; Washington, 1993.
  5. Drucker, Peter. La Sociedad Post Capitalista. 1994.
  6. Francke, Pedro. Focalización del Gasto Público en Salud. 1999.
  7. Ley No 1551. Ley de Participación Popular. Bolivia.
  8. MINSA. Hacia un Sistema Nacional Regionalizado e Integrado de Salud. 1991.
  9. MINSA-OPS. Sistemas Locales de Salud. Abriendo Caminos Hacia la Salud Para Todos. 1993.
  10. MINSA. Decreto Supremo N° 01-94 SA del 2 de Mayo de 1994.
  11. MINSA. Directiva Base N° 01-94-SA/DM que norma la marcha y desarrollo del Programa de Administración Compartida de los establecimientos de salud del nivel básico de atención.
  12. MINSA. El Desafío del Cambio de Milenio: Un Sector con Equidad, Eficiencia y Calidad 1995-2000. 1995.
  13. MINSA-OPS. Comunidades Saludables para el Desarrollo Humano Sostenible en el Perú. 1996.
  14. MINSA. Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Organización y Modelo de Gestión. El Programa de Salud Local. Nov. 1996
  15. MINSA. Situación de la Salud en el Perú y sus Tendencias: La Reforma Sectorial. En: Seminario Internacional sobre Reforma del Sector Salud. 1997.
  16. MINSA. RM No 534-97-SA/DM que Crea el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG). 1997.
  17. MINSA. Directiva 03 PAC-SA que norma el desarrollo del Programa de Administración Compartida como parte del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, 1998.
  18. MINSA. Directiva 003-PAAG-MINSA-98. 1998.
  19. MINSA. Evaluación Externa del PAC. Programa Salud Básica Para Todos. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Abril 1999.
  20. MINSA. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Modelo de Prestación de Servicios del PSNB para el Primer Nivel de Atención. 1999.
  21. MINSA. RM No 143-98-SA/DM que Incorpora el Programa de Administración Compartida al Programa d Administración de Acuerdos de Gestión.
  22. Montoya, Manuel. Mecanismos de Participación Social en el Perú. INAP, 1988 (Mimeo).
  23. Mooney, GH. Equity in Health Care: Confronting the Confusion. En: Effective Care. Vol. 1; 4, 1983.
  24. O'Brien, Eduardo (y) Barnechea, María. Evaluación del Programa de Focalización del Gasto Social Básico. Sub Programa Administración Compartida. Enero 1996.
  25. OMS, Declaración de Alma Ata, 1977.
  26. Ortíz Velarde, Rolando. Informe Final de Consultoría. Programa de Administración Compartida. Agosto 1995.
  27. Paredes Solari, Patricia. Informe Final de Consultoría. Programa de Administración Compartida. 1994.
-

- 
28. PCM. DS No 038-94-PCM que Aprueba la Formulación de Planes Operativos del Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Educación, Salud y Justicia.
  29. Rojas, Jorge. Evaluación de los CLAS en la Dirección Regional de Salud de Cajamarca. 1997.
  30. Salcedo, J. Informe de Consultoría. PFSS. 1998.
  31. Sobrevilla Ricci, Alfredo. Evaluación Interna del Programa de Administración Compartida. Abril 1999.
  32. Solimano, Giorgio. Propuestas para el Rediseño del Sistema de Salud: Cuatro Temas Básicos. CORSAPS, Chile, 1993.
  33. UNICEF. La Experiencia Bámako, Mali. 1993.
  34. UNICEF. Evaluación del Programa de Revitalización de Servicios Periféricos (PRORESEP). 1992.
  35. UPCH-Consortio Catalunya. Análisis Situacional de la Gestión de los Servicios de Salud y Propuesta Estratégica. 1996.
  36. Vera del Carpio, Juan José. Informe de Consultoría. Programa de Administración Compartida. Agosto 1995
  37. Webb, Richard. Los Profesionales del Sector Salud: Problemas y Propuestas. 1998 (Documento de Trabajo)
  38. West, PA. Theoretical and Practical Equity in the National Health Service in England. En: Social Science and Medicine. 1981.
  39. Zamora, Federico. Análisis del Financiamiento del Sector Salud. Informe de Consultoría. PFSS. 1997.
  40. Zamora, Federico. Proceso de Transformación del Sector Salud: 1990-1999. Informe de Consultoría. PFSS. 1999.