

INFORME PARA EL HONORABLE MINISTRO DE SALUD PÚBLICA DEL PERÚ

EVALUACIÓN DE LOS CLAS (COMITÉS LOCALES DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD). UN NUEVO COMPONENTE DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD EN EL PERÚ

Dr. Carl E Taylor, 2 al 15 de Enero de 1996.

RESUMEN EJECUTIVO

Hace dos años, en un informe para el Ministro de Salud Pública del Perú, hice un análisis de los limitados servicios de salud disponibles para el ciudadano peruano ordinario en ese momento, especialmente en las zonas montañosas altas que recientemente habían sido liberadas del control de Sendero Luminoso. Las personas de la comunidad manifestaron directamente que en el movimiento de resistencia ellos aprendieron a cuidar de sí mismos y que ellos no deseaban la reimposición del sistema de salud previo, con sus servicios inadecuados para los pobres. Ellos solicitaron la responsabilidad compartida así como un servicio de salud sistemáticamente basado en la comunidad. Conjuntamente realizamos planes para lo que se convirtió en CLAS (Comités Locales de Administración en Salud).

Esta evaluación tiene el propósito de definir el progreso en los 15 meses desde que el Programa de CLAS fue iniciado, así como considerar los planes para la evaluación por parte de un equipo mas grande. Nuestro equipo de cuatro personas empleó un enfoque RAP (Rapid Assessment Procedures: Procedimientos de Evaluación Rápida) para recolectar información cualitativa de 16 establecimientos de salud con CLAS en cuatro Subregiones: Cuzco, Tacna, Lima e Iquitos, en menos de dos semanas de intenso trabajo de campo. Con una excelente cooperación tuvimos entrevistas en profundidad tanto con miembros del equipo de salud como de la comunidad. Estos establecimientos de salud son bastante representativos de las 435 unidades CLAS en el Perú.

CONCLUSIÓN GENERAL:

Han ocurrido grandes mejorías tanto en la calidad como en la cantidad de coberturas y en la performance por parte de los establecimientos de salud en las unidades CLAS. Las relaciones de trabajo entre el equipo del establecimiento y los comités comunitarios fueron tensos al inicio pero en casi todos los casos estos problemas fueron resueltos localmente en el transcurso del primer año. Está difundida una sensación palpable de vitalidad y esperanza en estos establecimientos de salud, especialmente en las zonas remotas. Los Comités están demostrando un excelente sentido de responsabilidad financiera sin evidencia absoluta de malversación en el uso de los recursos. Se ha aprendido mucho, lo que permite grandes mejorías y una más rápida implementación y extensión del concepto CLAS. El Programa debe ser continuado y expandido.

Recomendaciones ante Preguntas Básicas sobre el Programa CLAS

1. *Qué se puede aprender de los problemas iniciales de lanzamiento que se experimentaron dentro del primer año del Programa CLAS?*

La primera lección es que cuando se confía en las personas del nivel local para que tomen decisiones ellos encuentran formas innovadoras para resolver los problemas locales, que son mucho más racionales y efectivas en comparación con las presentadas cuando los profesionales imponen su supuesta experiencia en situaciones que son demasiado complejas para los enfoques estandarizados. Un principio básico es que las comunidades son tan diferentes que cada situación requiere una solución única. Sin embargo, la experiencia mundial muestra que hay procesos generalizables que pueden ayudar a encontrar soluciones locales para cada situación única, y estos procesos van a ser descritos en este reporte. En el cuerpo principal de este informe se dan ejemplos para cada una de las áreas visitadas en donde un período traumático inicial de ajuste interno fue resuelto localmente con imaginación y persistencia. El hecho de que esto haya ocurrido en todos los establecimientos con CLAS en sólo un año mediante la iniciativa local es mucho más de lo que cualquiera de nosotros hubiéramos esperado.

Recomendación: Las actividades de la Unidad Administrativa de los CLAS en el Ministerio de Salud deben ser continuadas y debe de expandirse la cobertura hacia las 350 unidades que están esperando iniciar sus actividades desde el año pasado.

2. *Cuál es la sensación sobre los CLAS entre el personal de los Servicios de Salud que han sido comprometidos con su implementación?*

En muchos años de estudiar las complejidades de la participación comunitaria, raramente he observado un cambio tan dramático como total por parte del personal del establecimiento de salud dentro de los establecimientos con CLAS. Los rumores negativos han sido comunes en el Sistema de Salud, difundiendo información errada, tal como la especulación de que la privatización de la administración amenazaría la estabilidad laboral para las personas empleadas con posiciones regulares del estado y que la privatización favorecería la malversación de fondos buscando salarios más elevados, siendo la realidad que las tarifas son colocadas por la comunidad y se da prioridad a los intereses de los pacientes. Al inicio, hubieron las respuestas ansiosas esperadas ante estos rumores y se organizó la resistencia por parte de los grupos profesionales que se sintieron amenazados debido a que eran mal informados. Pegado a una puerta de vidrio en la Oficina Subregional del Cuzco observamos un póster impreso llamando al personal de planta a boicotear a los CLAS. Los funcionarios de una UTES habían visitado al personal del nivel local para

persuadirlos a resistir a las iniciativas de CLAS. A pesar de esta presión encontramos un entusiasmo casi universal para el CLAS entre las personas que más hacían el trabajo de salud que sólo hablar de él.

Recomendación: Mediante directivas claras de Alto Nivel se deben clarificar las condiciones de trabajo y las responsabilidades tanto de las personas empleadas bajo la modalidad gubernamental regular de nombramiento como la de los contratados por el CLAS de modo que se neutralice la publicidad negativa basada en malos entendidos.

3. *Son los múltiples programas que mejoran la salud en el Perú en algún modo competitivos o pueden trabajar hacia objetivos complementarios?*

El CLAS es distintivamente complementario con otros grandes Programas en el Ministerio de Salud ya que se enfoca sobre la participación de la comunidad mientras que otros Programas tiene que ver con componentes diferentes de la Atención de Salud. Tal como sucedió con la reforma del Sistema de Salud en USA que fue desbaratado recientemente, algunos intereses encubiertos parecen hacer esfuerzos deliberados para desacreditar a los CLAS. Se dice que la descentralización es la que va a dar el control total a las comunidades en lugar de la responsabilidad compartida ya definida en la nueva legislación, la que proporciona una clara protección para la "administración de los fondos públicos bajo la ley privada". La confusión sobre el concepto de descentralización es ilustrado por dos grupos de regulaciones de control financiero. Las viejas directivas de la Dirección General de Administración exigen una definición vertical y descendente de ítems detallados específicamente referente a los gastos determinados desde Lima, los que no se acomodan con el concepto del CLAS de flexibilidad local. Los objetivos sentados al Nivel Central deben de considerarse como pautas generales y no como obligaciones rígidas que anulen las prioridades locales de los CLAS definidas en los Planes Anuales de acuerdo a las condiciones locales y con cooperación entre el Equipo Local y la Comunidad. Todos los Programas deben de cohesionarse. Cuando todos los importantes esfuerzos que se están haciendo para mejorar los Establecimientos de Salud y los recursos humanos bajo el generoso financiamiento de Salud Básica Para Todos empiecen a coincidir con las necesidades más urgentes, va a haber un énfase con lo que se está aprendiendo el CLAS, en los programas de entrenamiento y en varios programas especiales.

Recomendación: Firmes directivas de Alto Nivel deben clarificar que la descentralización y la participación comunitaria son políticas nacionales y que el CLAS proporciona el único programa actual que está trabajando en cómo se pueden implementar mejor estas políticas. Un esfuerzo críticamente

importante es conducir un análisis funcional sistemático para la recolocación de roles entre los siguientes niveles: Gobierno Central, Nivel Regional, Establecimientos de Salud Locales y Comunidades. En este reporte se proporciona un esquema preliminar y tentativo para este análisis funcional. (Fig. 1). El equipo de Reforma en Salud está probablemente mejor situado para conducir el análisis funcional y este trabajo debe incluir extensos estudios de campo para definir el balance definitivo de los roles bajo diferentes condiciones locales en el Perú.

4. Cuales son los indicadores de éxito en las actividades del CLAS?

Inicio con los cuatro indicadores identificados por el equipo del Nivel Central. (1) *Participación Comunitaria* - La intensidad de la acción comunitaria puede ser medida fácilmente mediante indicadores simples como el hecho de que todos los miembros del Comité se reúnen regularmente una vez a la semana durante tres a mas horas, y si hay algún problema agudo se reúnen tres a cuatro veces a la semana. Mantienen buenos registros e invierten grandes cantidades de su tiempo como voluntarios en promover áreas específicas de acción. (2) *Manejo* - Los Comités están tomando seriamente su responsabilidad legal de asegurar una buena calidad de salud, satisfacción de la comunidad y buen manejo financiero. Informan a los médicos jefes sobre deficiencias específicas así como del comportamiento inadecuado de determinado personal. Su sentido de propiedad de los centros está incrementado por el hecho de que mucho del apoyo proviene ahora del auto-financiamiento. (3) *Producción* - Se necesita hacer un cambio mayor en el sistema actual de medición de performance en base a los objetivos delineados en Lima. Los resultados anacrónicos en los gráficos y tablas que se mostraron carecen en su mayor parte de sentido. Deben sustituirlos medidas simples y directas así como medidas de desenlace. (4) *Relaciones entre los equipos de salud y las comunidades* - Aunque esto se relaciona al primer indicador arriba iniciado, requiere de una atención separada debido a que ha sido la fuente de mayores problemas hasta el momento. En la parte principal de este reporte hay un gráfico que muestra una escala RAP o posicionamiento de los 16 establecimientos de salud visitados de acuerdo al balance de realización de decisiones sopesando al equipo de salud y a la comunidad. (Fig. 2). Es bueno que los establecimientos en forma individual hayan logrado un balance que se ajuste a sus condiciones individuales, aunque lo óptimo se muestra en la agregación hacia el centro del espectro. Además, hay la necesidad de indicadores que reflejen los diferentes potenciales de desarrollar programas locales dependiendo del estatus socioeconómico y de la disponibilidad de profesionales educados en la comunidad. Indicadores muy importantes son el progreso logrado en la promoción de la integración y la equidad.

Recomendación: La Unidad Administrativa en el Ministerio de Salud debe continuar probando indicadores locales, especialmente para definir aquellos

en los que la comunidad local puede estar comprometida en la recolección de datos así como en el análisis para el planeamiento anual.

(5) *Cuál ha sido la experiencia cuando las comunidades han tomado la responsabilidad de manejar los recursos locales?*

El cuestionamiento intenso tanto a los miembros del equipo de salud como a los miembros de la comunidad ha mostrado una sensibilidad inusual sobre este tema. Han habido tal cantidad de rumores injustificados como falsos sobre malversación de fondos que los miembros de la comunidad hablaron abiertamente de porqué se deseaba generalizadamente que ellos fueran a la cárcel cuando todos saben que muchos funcionarios han permitido una corrupción generalizada entre ellos mismos. Ellos objetaron la forma en la que los fondos previamente enviados del nivel local al nivel regional solían ser manejados por las UTEs y dijeron que parte de la presión negativa que ellos experimentaron fue debida a que los funcionarios ya no tenían el control de los grandes fondos generados en los establecimientos de la periferia. Los tesoreros de los Comités fueron especialmente vehementes sobre el hecho de que debido a que los Comités Comunitarios seguían de cerca cada gasto con horas de discusión sobre el uso de sus propios fondos, y por la presencia de firmas mancomunadas, no había posibilidad de que tal corrupción pueda eventualmente ocurrir. De hecho, un cuestionamiento cuidadoso no reveló ningún caso en el que se justificara una sospecha significativa. Se muestra inapropiado intentar separar el financiamiento de la provisión de los servicios ya que en las zonas pobres únicamente las agencias públicas pueden proporcionar una cobertura total; nunca van a haber siempre agencias privadas a las que los servicios puedan ser comprados, excepto en una distribución muy fragmentaria y hasta que las condiciones económicas hayan mejorado grandemente. Son estas áreas pobres las que requieren de servicios de salud integrales si es que la salud del pueblo va a ser en algún momento mejorada, y es evidente que los servicios de salud preventivos siempre son mejor manejados como responsabilidad pública en tales circunstancias. Tampoco es razonable gravar a los CLAS como empresas privadas, lucrativas ya que cumplen con cada criterio de una actividad privada no lucrativa.

Recomendación: Cualquier evidencia de malversación debe ser cuidadosamente investigada con un manejo transparente y abierto tanto de los recursos públicos como locales en cada CLAS.

(6) *Cuál ha sido la experiencia con los Sistemas de Desarrollo de Información y con los Sistemas de Investigación en Salud en los CLAS?*

Los datos disponibles en las áreas con CLAS se revelan ser las informaciones mas confiables sobre las condiciones de salud y sobre los servicios en el Perú. El equipo de

CLAS en Lima ha trabajado con cada unidad local para proporcionar un cuestionario y guía para obtener datos para el planeamiento anual. La cooperación entre los equipos de salud, los comités comunitarios y los promotores ha sido tan buena que muchos de ellos han logrado un 100% de cobertura de viviendas en sus áreas. En el CLAS Laura Caller, la población que ellos identificaron fue cuatro veces la de las estadísticas oficiales y en el CLAS Esperanza en Tacna la gente fue persuadida de permanecer en sus hogares hasta que fueran entrevistadas. En ningún CLAS visitado hubo menos de un 70 a 80% de cobertura de viviendas. Si el mismo patrón se demuestra en la generalidad de cada CLAS, entonces en el 10% de la población del Perú hay ahora una fuente de información que tiene de lejos mayor validez que las estadísticas oficiales. Es bien sabido que los datos nacionales previos tienen gran cantidad de subregistro, en especial en las zonas con las mayores necesidades. El criterio mas importante es si los servicios están llegando a los grupos poblacionales con mayores necesidades con equidad. Ahora hay acceso a una información esencialmente completa a nivel de hogares debido a que la comunidad ha sido comprometida en la recolección de datos. Aún de mayor potencial es la posibilidad de emplear a los áreas con CLAS como laboratorios para investigación en Sistemas de Salud. Las investigaciones epidemiológicas de las causas subyacentes a los problemas de salud prioritarios pueden basarse en la experimentación natural proporcionada por diferentes grupos culturales y socioeconómicos. Las innovaciones y las intervenciones pueden ser sistemáticamente examinadas bajo condiciones de realidad de campo dividiendo áreas en grupos de comparación, y los resultados comparativos pueden ser adaptados a las realidades locales. La mejora escalonada en los servicios de salud debe de basarse en este tipo de ciencia aplicada en lugar de únicamente la intuición y la ideología.

Recomendación: El desarrollo continuado de los procesos de encuestas anuales y de seguimiento sistemático puede proporcionar una base nueva y sólida para la información epidemiológica y de gerencia en el Perú.

(7) Debido a que es bien sabido en todo el mundo que los proyectos basados en la comunidad pueden ser muy exitosos en las áreas locales pero que su extensión nacional ha sido dificultosa, la pregunta constante debe ser encarada, cual es potencial del CLAS para ser capaz de "ir a una escala" nacional?

Un ejercicio de posicionamiento por RAP para las cuatro regiones que hemos visitado mostró claras diferencias sobre esta expansión que son evidentes al cabo de solo un año. Tacna se ha movilizadomarcadamente rápido con un fuerte liderazgo regional de modo que toda la Subregión está ahora cubierta por los CLAS y todos los Establecimientos de Salud han logrado altos niveles de performance. Iquitos viene luego, también con un fuerte liderazgo, aunque con condiciones ecológicas difíciles. Lima tiene unas pocas UTES que lo están haciendo bien. Cuzco ha mostrado una mínima inclinación hacia la innovación y parece trabajar dentro de un esquema tradicional tratando de mejorar con un manejo vertical y de arriba a abajo, en lugar de buscar el apoyo en la comunidad. Hay ahora un

gran grado de experiencia que muestra que es posible un rápido progreso en la proyección a escala. Se ha delineado un proceso de tres fases en una monografía publicada por la Sección Ambiental de UNICEF para la Cumbre Mundial en Desarrollo Social en Copenhague en Marzo pasado. La escala Uno es la "Selección de Comunidades Como Ejemplos para Aprendizaje". En cada región, deben de buscarse ejemplos exitosos de unidades con una buena cooperación entre los equipos de salud y las comunidades de modo que se seleccionen unas pocas que tienen una marcha espontánea y que son las más representativas de la comunidad. "La escala cuadrada" es la segunda fase y transforma a los proyectos seleccionados en "Centros de Auto ayuda para el Aprendizaje y Experimentación en Servicio". Deben proporcionarse los fondos para ayudarles a convertirse en "escuelas de desarrollo" local al que otras comunidades, funcionarios y trabajadores vengan a aprender. Ellos van a realizar la investigación en Epidemiología y en Sistemas de Salud que adapten los Programas a las condiciones específicas de la región tal como laboratorios comunitarios previamente descritos. Ellos van a trabajar con los funcionarios regionales para modificar las regulaciones como para que se ajusten a los hallazgos locales. Un rango amplio de expertos especialistas debe ayudar a los establecimientos locales con la investigación y entrenamiento en el campo. Sin embargo, mucho del entrenamiento directo debe ir para los miembros de la comunidad en la medida que ellos muestran como se hacen los cambios necesarios. Luego, la "escala cúbica" es la "Colaboración Sostenible para el Aprendizaje y Extensión Adaptables". La Región ahora inicia un proceso rápido de extensión para crear una masa crítica de cambios tanto en parámetros cuantitativos como cualitativos. Se vuelven "las cosas a realizar" en las zonas con CLAS, con una competencia saludable, como en Tacna, para ver quien tiene el mayor impacto. Las unidades de escala cuadrada son bases para el entrenamiento participativo a los cuales los miembros del equipo y la comunidad acuden, siendo evidente el éxito cuando ellos ven que pueden hacer cambios por sí mismos y hacer las mejoras sobre lo que otros han aprendido. La capacidad comunitaria, con un incremento en su autoconfianza mediante la obtención de mejorías tangibles, y la cooperación intersectorial pueden promover un foco revolvente para la educación de la mujer, la protección ecológica, la generación de ingresos, y la infraestructura social para el empoderamiento de la comunidad.

Recomendación: Debe de iniciarse y sostenerse el proceso nacional de extensión sistemática.

CONCLUSIÓN

El Perú está experimentando un tremendo cambio social en la medida que las grandes disparidades se están reduciendo y los Programas alcanzan a los desposeídos con los beneficios de un desarrollo social sostenible que incluye a la salud. El avance mucho mayor de lo esperado en los CLAS en únicamente un año proporciona un fundamento sobre el cual construir programas colaborativos y complementarios con otros grandes Programas

de Salud y Desarrollo. Hasta donde yo conozco, ninguna nación en Latinoamérica ha promovido en forma sistemática el desarrollo social nacional basado en la comunidad, aún cuando este enfoque ha sido bien documentado en otras partes del mundo. El Perú puede movilizarse hacia una posición de liderazgo en América, haciendo de la participación comunitaria una parte importante de la Reforma del Sistema de Salud.