

# **El Programa Salud Básica Para Todos y los Comités Locales de Administración de Salud: Dos Modelos de Reforma para la Red Periférica. Perú 1994–1996**

Fernando Salazar Silva, Ph.D.\*  
Víctor Carrasco Cortez, MD, MSc  
Juan Arroyo Laguna, MPH  
Walter Mendoza de Souza, MD

## **RESUMEN**

**E**l estudio evaluó dos modelos de reforma: el Programa de Salud Básica Para Todos (PSBT) y los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Este último incorpora la participación social en su administración. Asimismo, se evaluaron los cambios producidos en los servicios entre 1994, cuando se iniciaron ambos modelos, y dos años después de su ejecución fines 1995–inicio 1996. Se entrevistó a 134 jefes de establecimientos y 35 representantes comunales de cuatro regiones de salud representativas del país.

Como resultados se obtuvo que se viene implementando una nueva forma de asignación presupuestal reflejada en nuevas partidas (76% CLAS y 46% PSBT) y su manejo más autónomo sobre todo en lo que se refiere al contrato de personal (60% en promedio). En cuanto al régimen laboral se encontró que el personal es básicamente contratado y que la renovación de su contrato está sujeta a evaluación del rendimiento (80% en promedio) estos cambios han tenido un efecto positivo en el personal, en 89% de establecimientos de ambos modelos los cambios han motivado al personal al trabajo, la producción e identificación con el servicio.

Respecto a la tecnología organizacional expresada en los cambios administrativos fueron evaluados como beneficiosos en más del 60% existiendo además una impresión favorable y de respaldo a las iniciativas locales por parte de las regiones de salud, en

---

\* Universidad Peruana Cayetano Heredia, Centro de Salud Pública, Avenida Honorio Delgado No. 430, Urbanización Ingeniería, Apartado Postal No. 4314, Lima 1, Perú. Correo electrónico: fsal@upch.edu.pe; teléfono: (+51-14) 265-0645; fax: (+51-14) 482-0220.

82% CLAS y 65% PSBT. La supervisión y monitoreo han mejorado en 80% de establecimientos de ambos modelos. La participación de la comunidad es valorada como adecuada en 93% CLAS y 57% PSBT, quienes la perciben como inadecuada es porque la ven limitada a aspectos secundarios de la gestión. Los líderes de la comunidad manifiestan que la participación social es colaborativa, y en ningún caso llega a la cogestión ni al conocimiento de los aspectos administrativos de los establecimientos. La participación social depende de la actitud de los jefes de establecimiento y el impulso de la participación alentado por las regiones de salud. Los líderes plantean unánimemente la conversión del primer nivel en pequeños hospitales.

Todos estos cambios han tenido los siguientes efectos sobre la eficiencia, calidad y equidad en los servicios. La producción de servicios (medida por atendidos y atenciones) entre 1995 y 1995 aumentó entre 18.62% y 58.38% para atendidos y 35.50% y 73.57% para atenciones, al haber aumentado el personal en las mismas proporciones o más se infiere que no ha existido un aumento en la productividad. La calidad, medida a través de la concentración de atenciones, aumentó ligeramente aunque está lejos de los patrones de referencia recomendados por OPS asumidos. En cuanto a la equidad evaluada por la orientación del gasto público en función a pobreza, presencia de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) donde no se observó una adecuada correspondencia.

Del estudio se concluye que ambos modelos han introducido cambios en la gestión de los servicios que han permitido mejorar significativamente la producción de los servicios, ligeras mejoras en la calidad y todavía no muy equitativa la asignación de recursos.

## **INTRODUCCIÓN**

A inicios de los 90 cientos de centros y puestos de salud estaban cerrados en el Perú. Los motivos de este repliegue fueron dos: la gran crisis del estado peruano y la violencia política en los distritos más pobres y alejados. Entre 1985 y 1990 la recesión y la hiperinflación iban de la mano con la ingobernabilidad del país. Así el presupuesto del sector salud fue recortado enormemente, sobretodo luego de 1987, a partir de 1988 el Ministerio de Salud (MINSA) comenzó a contar con sólo 25% de los presupuestos promedio anteriores. De otro lado en los territorios de mayor violencia política se hacía difícil la permanencia del personal de salud, especialmente en los poblados lejanos. Se puede decir que en dicha etapa culminante de la crisis nacional se produjo una ruptura entre centro y periferia en el sistema de salud peruano.

Entre 1988 y 1996 han habido dos subetapas. Una primera, muy crítica, entre 1988 y 1992, caracterizada por una aguda crisis presupuestal y modificaciones hacia el

autofinanciamiento de los establecimientos, que configuran un repliegue del sistema formal de salud y un desplazamiento de segmentos importantes de la población hacia medicinas populares. Y una segunda, entre 1993 y 1996, en que la expansión de los servicios públicos en salud vía la reactivación hospitalaria y la repotenciación de centros y postas con el Programa De Salud Básica Para Todos y los Comités Locales de Administración de Salud, recaptaron segmentos de demanda que se habían distanciado de los servicios formales en la etapa crítica.

Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) y el Programa de salud Básica para Todos (PSBT) fueron creados en esta segunda etapa, cuando había pasado la fase más dura de ajuste. Al existir algún mayor financiamiento para el subsector público, el estado en 1993 tuvo dos opciones: o repotenciaba sin cambios la red de centros y postas, con una nueva inyección financiera, o la repotenciaba reformándola. Se escogió esta segunda opción, que fue plasmada en la ley del Presupuesto Público de 1994, luego operativizada en el D.S. 01-94-SA del 2 de Mayo de 1994 y el Plan Operativo comprendido en el Decreto Supremo Nro. 38-94-PCM del 21 de Mayo del mismo año. Nacieron así dos modelos distintos de reforma del primer nivel de atención en un solo cuerpo de dispositivos legales, que tenían en buscar avanzar más allá del esquema ortodoxo de subsidio a la oferta hasta entonces vigente para postas y centros de salud, introduciendo cambios en el modelo de gestión, el régimen personal, modalidades de participación social y régimen presupuestal. Si los CLAS son una modalidad sui generis de financiamiento vía la demanda, el Programa Salud Básica Para Todos ha sido una experiencia de repotenciamiento inicialmente desde la oferta. Como nunca antes, el estado separó del presupuesto de salud una partida especial, de la cual se ejecutaron 34'656,000 soles en 1984 y 188'426,000 en 1995, otorgándole al MINSA la posibilidad de un manejo presupuestal flexible con el fin de reequipar postas, contratar personal y dotarlas de insumos. Lo curioso del caso, es que ambos Programas actúan en forma paralela y sin conexión. Un sólo universo de centros y postas tiene así dos modelos de reforma en curso. Este paralelismo es fuente de ineficiencias e inequidades, por lo que se necesita un modelo integrado. Pese a todo, los CLAS y Salud Básica constituyen, junto con la reforma del Instituto Peruano de Seguridad Social procesada durante 1990 a 1996, los tres grandes cambios en el sector salud peruano en lo que va de la década. A la luz de las experiencias de los CLAS y Salud Básica, surgen sin embargo muchos interrogantes: ¿Cuál podría ser el modelo de la reforma para la red periférica capaz de integrar lo positivo de las experiencias de los CLAS y SBPT? ¿Hay hoy más equidad, eficiencia y calidad en salud en razón de la implementación de estos dos programas? ¿No estaremos ante un neo-estatismo, como señalan algunos críticos, un nuevo estatismo más dinámico por el nuevo flujo financiero, pero sin sustentabilidad? ¿Qué forma de subsidio a la demanda puede incentivar la eficiencia de los proveedores en una situación de ofertante único? ¿Será

viable un sistema de capacitación en la base del sistema de salud peruano, en estas zonas alejadas con postas del estado? ¿Cómo proyectar un financiamiento vía co-pago, dado lo perverso del subsidio total, en las franjas de pobreza? ¿Cómo funcionarían las referencias y contrareferencias entre prestadores autonomizados? ¿Qué lecciones sobre todo esto arrojan casi tres años de explotación de una reforma en la periferia del subsistema público peruano?. En la mayoría de países latinoamericanos la reforma del sector salud es una reforma del financiamiento de la atención. Y una reforma pensada para las zonas de economía del mercado de nuestros países. Falta aún incorporar a la discusión sobre los nuevos sistemas de incentivos para intervenciones más costoefectivas, la realidad de la red de servicios periféricos de centros de salud y postas médicas, que trabajan justamente a nivel de comunidad en los espacios más pobres y atrasados de los países subdesarrollados.

Nuestro marco teórico articula enfoques y métodos que en su formulación original se desarrollaron en todo el ciclo ideológico sellado por la Atención Primaria de Salud; con los nuevos enfoques, métodos e instrumentos que provienen de áreas muy dinámicas en la actualidad como son la administración, la economía y las ciencias sociales. Vivimos un mundo en el que se ha roto los comportamientos estancos de las décadas pasadas entre las escuelas y corrientes, existiendo una fuerte tendencia a integrar transversalmente elementos de varios paradigmas en las nuevas propuestas. Desde este ángulo el modelo sanitario para el nivel de atención, en nuestra opinión deberá integrar las ideas-fuerza de participación social y descentralización de Alma Ata 1978, dentro de un nuevo enfoque de organización de los servicios que proviene de los nuevos desarrollos sobre costos y efectividad, indicadores de evaluación de servicios, diseño y evaluación de proyectos y planificación y gerencia estratégica y calidad, entre otros aportes contemporáneos, nuestra hipótesis central plantea que los CLAS y el PSBT han producido en los establecimientos periféricos transformaciones en los niveles y modalidades de participación social, en el régimen presupuestal vigente en el subsector público, en el régimen laboral, así como en la tecnología organizacional, modalidad de toma de decisiones, capacitación, supervisión y monitoreo, que han ampliado y mejorado los niveles de equidad, eficiencia y calidad de los servicios entre 1994 y 1996, aunque sin desplegar toda su potencialidad debido a la carencia de un modelo integrado de reforma de la red periférica del sistema de salud peruano. La participación comunitaria ha sido un tema en permanente debate en cuanto a su conceptualización y finalidades, más aún en los últimos años en que, a la par de las transformaciones en el Estado y la redefinición de su papel, se proponen modificaciones como la planteada por el Ministerio de Salud, a través de la R.M 001-94-SA, en torno al llamado Comité Local de Administración de Salud (CLAS). Mientras para algunos tal propuesta ha sido entendida como "cabecera de playa de la privatización" (Ríos y Bueno, 1994, en Propuesta de Fovida), para otros la "excesiva injerencia de la

población" ha dado lugar a sospechas de posibles "infiltraciones de opositores al régimen". Las nuevas corrientes en torno a la participación comunitaria se encuentran en un animado debate. Briceño-León (1996) en el artículo *Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria*, procura establecer algunos postulados que puedan orientar la educación sanitaria con el propósito de fomentar la participación comunitaria. Las tesis que postula son las siguientes:

- 1) no hay uno que sabe y otro que no, sino dos que saben cosas distintas;
- 2) la educación se imparte en toda acción sanitaria;
- 3) la ignorancia es un lleno que se debe transformar;
- 4) la educación debe ser dialógica y participativa;
- 5) la educación deber reforzar la autoconfianza de la gente;
- 6) la educación debe reforzar el modelo esfuerzo-logro;
- 7) la educación debe fomentar la responsabilidad individual y la cooperación colectiva.

Bronfman y Gleizer (1994) evalúan la estrategia de incluir la participación comunitaria en la atención de la salud y en los programas para su promoción, considerando para ello tres dimensiones: la pertinencia de la práctica, las características de su implementación, y los resultados generados por él. Indican que según la bibliografía consultada, muchas formas heterogéneas de programas son agrupadas bajo el mismo paraguas de participación comunitaria. Por ello, los autores llaman la atención sobre la necesidad de especificar del tipo de participación comunitaria de la que se habla, para lo cual proponen una clasificación de las diferentes prácticas agrupadas bajo este rubro. Las distintas formas de participación comunitaria pueden clasificarse según

- 1) concepciones teóricas e ideológicas que promueven su participación;
- 2) los aspectos que se deben implementar y los sujetos influenciados por la intervención;
- 3) las formas prácticas que adquiere la participación de la comunidad.

Tales concepciones pueden presentar distintas formas de articulación mutua. Finalmente, recomiendan el uso de metodologías cualitativas para la implementación de programas de participación comunitaria. Para este estudio nos orienta la necesidad de considerar los distintos procesos que han desarrollado cada una de las experiencias de CLAS, y los desafíos que han debido afrontar las estrategias, para desarrollarse exitosamente, a pesar de las diferencias en la concepción y su implementación. Junto con la eficiencia de ambos programas nos parece importante la calidad, en tanto es uno de los postulados de la actual propuesta de reforma, además de ser una de las tres variables dependientes que estamos evaluando en la investigación. Al respecto Ruelas-Barajas (1993) presenta un análisis de la relación entre los tres conceptos, mostrándose la evidencia que la mejora en la productividad no necesariamente se acompaña de

mejora en la calidad, por lo que propone que se priorice las estrategias de garantía de la calidad, lo que llevaría a incrementar la productividad y abarataría los costos, mas no a la inversa. Ruelas-Barajas (1992) presenta un esquema para la asignación de un valor de calidad a los servicios médicos. Para ello proponen las premisas básicas para la configuración de una estrategia nacional de garantía de calidad de la atención para México. Presenta el marco conceptual que permite presentar una descripción de diversas experiencias de garantía de la calidad en el mundo, en las que también pueden identificarse distintas modalidades de gestión pública. Aguirre (1991) presenta un esquema para la asignación de un valor de calidad a los servicios médicos, que permita identificar aquellos aspectos que no alcanzan un mínimo de calidad, registrarlos, asignar un responsable para su solución y llevar a cabo un seguimiento adecuado. Sin duda, será una buena guía al evaluar la calidad de los establecimientos objeto del estudio. Salinas Oviedo (1994) encontró que la satisfacción laboral tiene relación con aspectos del desempeño y, principalmente, con el clima organizacional. Esto como parte de la evaluación de un programa integral de mejoría de la calidad, que compara las percepciones de usuarios, trabajadores y directivos. El estudio permitió comparar a los diversos grupos y niveles de trabajo para determinar las técnicas de intervención de acuerdo a las necesidades. Laguna (1992) presenta la noción de equidad y se sustenta la profunda desigualdad existente en México. Enfatiza el autor que es necesario pasar de la solidaridad retórica y administrativa a la provisión de servicios integrales para toda la población. Miranda (1993) presenta un estudio transversal con el propósito de conocer la cobertura de los servicios de salud a población abierta. En este estudio se da cuenta que la polarización económica y las políticas de salud a población abierta generan dificultades por la desigual asignación de recursos. Para el caso del Perú, Francke (1995) da cuenta del comportamiento claramente diferenciado entre estratos sociales y regiones en cuantos a quienes se consulta. Resulta un estudio sumamente útil, en cuanto analiza el año 1994, cuando se inician el Programa de Focalización del Gasto Social Básico (desde 1995 llamada Programa de Salud Básica Para Todos) y los CLAS, y marca el punto de partida sobre el que se empezará a evaluar los efectos sobre los que se centra nuestra investigación. La variable dependiente equidad ha sido definida por el equipo de investigación como la más importante, habiendo sido utilizada como supuesto de mayor peso para el cálculo del tamaño de la muestra en las regiones en que se llevará a cabo el estudio. Asimismo, Montoya (1995) sostiene la dependencia de la situación de salud de la situación económica, aunque da luces en el sentido que aquella puede ser mejorada estando disociada -dentro de ciertos límites- de esta última, por lo que la salud puede brindar un aporte específico e independiente para superar la pobreza. En ese sentido es coincidente con los esfuerzos del Estado Peruano de priorizar la disminución de la extrema pobreza. Aguirre-Huacuja (1994) destaca la importancia del autocuidado de la salud, su relación con la participación comunitaria, apoyada en los

equipos de salud. A este respecto, se definen los puntos de articulación y jerarquización entre las funciones adjetivas de la responsabilidad profesional compartida y las sustantivas de la corresponsabilidad social, para delimitar y vincular

En síntesis, en junio de 1994 el Estado Peruano inicio la implementación de dos programas nacionales en los establecimientos públicos de salud del primer nivel (Puestos y Centros de Salud: el Programa de Administración Compartida que creó los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) y el Programa de Salud Básica para Todos (PSBT). El presente estudio se propuso describir y analizar las nuevas modalidades de financiamiento, régimen laboral, transferencia de tecnología organizacional, descentralización de toma de decisiones, capacitación, supervisión y monitoreo, y participación social implementados por el PSBT y CLAS en la red periférica de servicios públicos de salud en el Perú. Así mismo describir y analizar el efecto de ambos programas en la equidad, eficiencia y calidad de los establecimientos públicos periféricos.

## **METODOLOGÍA**

Dado que el PSBT ha cubierto prácticamente al 100 % de los establecimientos de primer nivel, mientras que el otro programa (CLAS) abarca aproximadamente al 10 % de los mismos, hemos utilizado dos métodos generales de estudio. El método histórico o longitudinal, que se basa en la metodología de evaluación de proyectos, tendiente a establecer un antes y un después, y el método comparativo o corte transversal, que se utilizó para el caso de los CLAS comparando establecimientos incorporados a este programa con los que no se incorporaron. Las variables independientes son régimen presupuestal, régimen laboral, tecnología organizacional y capacitación, supervisión y monitoreo y forma de participación comunitaria o social. Las variables dependientes son la equidad, tanto en el acceso como en el financiamiento, la eficiencia y la calidad. Se dio especial importancia al diseño y validación de instrumentos de registro. Para ello se realizó una prueba piloto de los instrumentos de acopio: entrevista a jefes de establecimientos de salud, registro de información de establecimientos de salud y entrevista a líderes de la comunidad. El procedimiento piloto se llevó a cabo en 9 establecimientos, 5 de la Dirección de Salud Lima Norte y 4 en Lima Este. El universo de estudio lo constituyeron todos los establecimientos incorporados al PSBT y al CLAS. La muestra se calculó en base a los resultados del censo de establecimientos de salud del MINSA. Para efectos de recoger información que nos permita inferencias se seleccionaron Regiones de Salud representativas de la multiplicidad de regiones existentes en el país, a manera de selección de conglomerados. Se optó por localizar los establecimientos en 4 regiones de salud: Lima Norte, en la capital; Cajamarca, en la sierra; La Libertad, en la costa y San Martín, en la selva; opción que representa a las

tres regiones geográficas del Perú y la capital. El cálculo muestral se realizó mediante procedimientos estándares y la selección fue aleatoria con afijación proporcional. En total se seleccionaron 159 establecimientos, de los cuales 33 fueron CLAS y 126 PSBT.

## RESULTADOS

Se realizaron un total de 134 encuestas, de las 159 programadas, debido principalmente a dificultades de acceso geográfico y problemas climáticos.

En cuanto al régimen presupuestal, en los cuatro ámbitos estudiados, en promedio se halló que las nuevas partidas han sido programadas en 50.4%, si se comparan los momentos anteriores y posteriores al inicio del programa, mostrando las siguientes diferencias entre las regiones. Puede verse que es en Lima Norte donde no se han programado las nuevas partidas, siendo esto lo que baja el promedio nacional (Cuadro 1).

**Cuadro 1: Programación de nuevas partidas I (por región)**

Programación de nuevas partidas	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Sí	21	72.4	14	63.6	17	56.7	10	32.3
No	8	27.6	8	36.4	13	43.3	21	67.7
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

Entre las nuevas partidas programadas, las más importantes son las que se muestran en la Cuadro 2, en la que puede verse que la partida destinada a contratación de nuevo personal es en promedio 60.3%; en cuanto al racionamiento de horas extras para el personal nombrado (salvo La Libertad) asciende en promedio al 50 %, en ambos casos esto ha tenido implicancias en la ampliación de la oferta de servicios.

Como puede verse en la Cuadro 3, estos y otros cambios en la asignación presupuestal han sido considerados por los directivos como "beneficiosos" o "muy beneficiosos" en 66.7%. Sin embargo, puede verse que este elevado porcentaje es afectado por los resultados hallados en Lima Norte, donde el porcentaje que considera que "no advierte cambios" o que estos son "negativos" llega a 45.2% (32.3 + 12.9). Si excluyéramos a Lima el promedio el promedio de percepciones favorables bordearía el 70%.



**Cuadro 2: Programación de nuevas partidas II (por región)**

Programación de nuevas partidas	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Contratación de nuevo personal								
Sí	15	62.5	6	66.7	10	55.6	4	50
No	9	37.5	3	33.3	8	44.4	4	50
Racionamiento de horas extras								
Sí	12	50	0	0	11	55	3	50
No	12	50	7	100	9	45	3	50
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Cuadro 3: Valoración de los cambios (por región)**

Valoración de los cambios	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Muy beneficiosos	6	19.4	3	15	1	3.4	2	6.5
Beneficiosos	22	71	11	55	14	48.3	15	48.4
No advierte cambios	3	9.7	6	30	13	44.8	10	32.3
Negativos	0	0	0	0	1	3.4	4	12.9
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

En cuanto al régimen laboral, las nuevas relaciones laborales se han flexibilizado y la renovación del contrato depende de la evaluación a la que es sometido el personal en un promedio que llega al 88%, para todo el país. No obstante, puede verse la particularidad que presenta La Libertad, en que 47.6% responde que tal renovación no depende de la evaluación, y si fuera excluida, la evaluación como requisito la renovación del contrato como promedio se elevaría al 96% de los casos, tal como muestra la Cuadro 4.

**Cuadro 4: Renovación de contrato según evaluación (por región)**

Renovación de contrato según evaluación	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Sí	29	100	11	52.4	28	96.6	26	89.7
No	0	0	10	47.6	1	3.4	3	10.3
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

El efecto de estos cambios sobre el desempeño del personal se refleja en que un porcentaje cercano al 90% refieren sentirse más motivados (identificados) con el servicio.

En cuanto a la tecnología organizacional, sobre todo la relacionada a la administración de los procesos de trabajo, se presentan las valoraciones de los cambios en las nuevas atribuciones administrativas y de toma de decisiones para los jefes del establecimiento, (Cuadro 6) Destaca que las nuevas atribuciones a saber, contratos de personal, manejo de recursos propios, entre otras sean percibidas como "beneficiosas" o "muy beneficiosas" por más del 60% de directivos de los establecimientos, que se correlaciona con la impresión favorable ante el respaldo subregional a sus gestiones e iniciativas.

El efecto de estas supervisiones sobre el desempeño en los establecimientos es considerado positivamente, con un promedio global mayor al 80%, siendo las causas principales el aliento y reconocimiento al trabajo en san Martín y La Libertad. En Cajamarca y Lima, también se atribuyen las causas de la mejor supervisión a que se toman en cuenta las recomendaciones anteriores. En todo caso ambas opciones no son excluyentes.

**Cuadro 5: Efecto de los cambios sobre el personal (por región)**

Efecto de los cambios sobre el personal	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Motivación	27	87.1	19	82.6	25	89.3	26	83.9
Desmotivación	4	12.9	4	17.4	3	10.7	5	16.1
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Cuadro 6  
 Valoración de los cambios en las atribuciones administrativas (por región)**

Valoración de los cambios en las atribuciones administrativas	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Muy beneficiosos	3	10.3	3	15.8	2	6.9	1	3.4
Beneficiosos	19	65.5	11	57.9	11	37.9	17	58.6
No advierte cambios	7	24.1	4	21.1	11	37.9	10	34.5
Negativos	0	0	1	5.3	5	17.2	1	15.8
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>19</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>

**Cuadro 7: Mejora de la supervisión (por región)**

Mejora de la supervisión	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Sí	26	89.7	18	81.8	22	78.6	22	73.3
No	3	10.3	4	18.2	6	21.4	8	26.7
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

**Cuadro 8: Razón de la mejora en la supervisión (por región)**

Razón de la mejora en la supervisión	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Se alienta y reconoce el trabajo	21	87.5	10	66.7	6	28.6	10	45.5
Se consideran recomendaciones	3	12.5	5	33.3	10	47.6	10	45.5
Se realizan con frecuencia	0	0	0	30	5	23.8	2	9.1
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Respecto de la participación de la comunidad en la gestión de los servicios, un elevado porcentaje sostuvo que sí participaba, aunque las impresiones fueron variadas, considerándose en el caso de San Martín que facilitan el logro de los objetivos en todos los casos. En Cajamarca y Lima es importante el porcentaje de encuestados que sostuvo que limitaban el ejercicio de las atribuciones del jefe del establecimiento (Cuadro 9).

Las respuestas mostradas se complementan con las que presentamos a continuación (Cuadro 10), en que se aprecia opiniones diferenciadas entre San Martín y La Libertad que opinan favorablemente a la participación con Cajamarca y Lima Norte donde existe un elevado porcentaje de directivos que consideran inadecuada la participación de la comunidad, debido a estar limitada a aspectos secundarios de la gestión.

La eficiencia en los servicios de salud incorporados a los Programas en estudio se ha evaluado teniendo en cuenta la producción de servicios de salud, al inicio del programa y al finalizar el segundo año de su ejecución.

Al respecto tenemos que la producción de los servicios de salud, medida en función de atendidos aumentó en un rango que fluctuó entre 18.62% y 58.38%. Por el lado de las atenciones, aumentaron entre 35.50% y 73.57% (Cuadro 12). Estos datos muestran un importante incremento en la producción de servicios, en el período de aplicación de los programas estudiados.

**Cuadro 9**  
**Impresión acerca de la participación de la comunidad (por región)**

Impresión acerca de la participación de la comunidad	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Facilitan el logro de objetivos	29	100	20	87	16	53.3	22	71
Obstaculizan logro de objetivos	0	0	2	8.7	5	16.7	4	12.9
Limitan ejercicio de atribuciones	0	0	0	0	9	30	5	16.1
Otra impresión	0	0	1	4.3	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Cuadro 10**  
**¿Es adecuada la participación de la comunidad? (por región)**

¿Es adecuada la participación de la comunidad?	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Sí	24	88	17	73.9	14	48.3	15	48.4
No	6	20	6	26.1	15	51.7	16	51.6
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>31</b>	<b>100</b>

**Cuadro 11**  
**¿Porqué es inadecuada la participación de la comunidad? (por región)**

¿Porqué es inadecuada la participación de la comunidad?	REGIÓN							
	San Martín		La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%	C.S./P.S.	%
Obstaculiza el trabajo	0	0	0	0	3	21.4	1	6.7
Limitada a aspectos secundarios	6	100	6	100	11	78.6	14	93.3
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>6</b>	<b>100</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>15</b>	<b>100</b>

**Cuadro 12**  
**Número de atendidos, y porcentaje de incremento, 1994-1995 (por región)**

REGIÓN								
San Martín			La Libertad		Cajamarca		Lima Norte	
	Atendidos	Atenciones	Atendidos	Atenciones	Atendidos	Atenciones	Atendidos	Atenciones
1994	103,019	216,770	260,256	461,873	75,164	131,068	617,541	1,178,550
1995	159,884	348,716	412,183	801,655	89,156	177,598	851,948	1,650,314
% de incremento	55.20	60.87	58.38	73.57	18.62	35.50	37.96	40.03

Respecto a la calidad de los servicios, considerando las limitaciones en la información disponible, se ha considerado pertinente evaluar la calidad, en función de las concentraciones de la atención, teniendo como parámetro de referencia (OPS), que una persona debe consultar en promedio cuatro veces al año.

La concentración de las atenciones en las regiones estudiadas ha aumentado en un rango que va de 1.60 a 14.37 (Cuadro 13), cantidades que muestran avances hacia el parámetro de referencia.

El parámetro utilizado para medir la equidad en el financiamiento de la salud, ha sido la orientación del gasto público en salud, en función de las Necesidades Básicas Insatisfechas, que permiten estratificar los niveles de pobreza.

**Cuadro 13**  
**Concentración de atenciones por años y porcentaje de incremento**  
**(por región)**

Concentración de atenciones por años	REGIÓN			
	San Martín	La Libertad	Cajamarca	Lima Norte
1994	2.10	1.77	1.74	1.91
1995	2.18	1.94	1.99	1.94
<b>% de incremento</b>	<b>3.80</b>	<b>9.60</b>	<b>14.37</b>	<b>1.60</b>

Si bien se nota un incremento en el gasto público per cápita en salud, en las regiones estudiadas y a nivel nacional, no se observa una correspondencia entre éste y el porcentaje de población pobre, con al menos una NBI (Cuadro 14).

Estos datos sugieren que la asignación de los recursos todavía no alcanza los niveles de equidad que se esperarían, dada la orientación de focalizar recursos según pobreza.

**Cuadro 14**  
**Gasto Público per cápita en salud, porcentaje de incremento y de**  
**población en pobreza, 1995-1996 (por región)**

REGIONES	Gasto Público per cápita en salud			
	1995	1996	% de incremento	% de población c/NBI (pobreza)
Cajamarca	76.4	90.0	17.80	73.6
La Libertad	171.4	203.4	18.67	47.7
Lima Norte	271.4	312.6	15.18	31.8
San Martín	134.6	155.4	15.45	67.9
<b>Perú</b>	<b>176.7</b>	<b>214.3</b>	<b>21.28</b>	<b>53.9</b>

## DISCUSIÓN

Centraremos la discusión de los resultados de la investigación en tres temas relevantes: la participación social o comunitaria en salud, la eficiencia vinculada a la asignación de recursos o subsidio público, y el tema de la equidad.

Se desprende de la investigación realizada que existe una preocupación por avanzar sobre la participación comunitaria más allá de las conceptualizaciones de la década de los 80. Cuando el Ministerio de Salud del Perú, a través de la R.M. 001-94-SA, creó en 1994 el Programa de Administración Compartida, de hecho planteó un esquema de participación social diferenciado del que veníamos por lo general teniendo en el campo de la salud, casi siempre de tipo colaborativo. Para algunos, por eso, tal intento del Estado de otorgar personería jurídica, financiamiento y capacidad de gestión a la comunidad apareció como "cabecera de playa de la privatización" (Ríos y Bueno, 1994). La participación social era enfocada en los 80 casi exclusivamente desde el ángulo político y social, lo que tenía fuertes amarres con la educación comunitaria freiriana y luego con la teoría de los derechos sociales y ciudadanía del pensamiento politológico básicamente norteamericano. Estos enfoques no han dejado de estar presentes ni han dejado de ser válidos en los 90. Es más, los movimientos cívicos de los 90 se amparan teóricamente en estos desarrollos del pensamiento contemporáneo liberal, radical o comunitarista. Lo nuevo es que también las nuevas corrientes sobre sistemas y servicios de salud centradas en la economía y los costos han reivindicado la participación comunitaria. Hay entonces una unanimidad sobre la necesidad de participación social entre los planteamientos que provenían de la atención primaria, los SILOS, la educación sanitaria, y ahora, las nuevas tendencias de reforma sectorial, que propugnan la descentralización hacia la autonomización de los establecimientos y la libre elección del usuario. Bronfman y Gleizer (1994) precisamente llaman la atención sobre la multiplicidad de programas agrupados hoy bajo el mismo paraguas de participación comunitaria. Esta unanimidad, sin embargo, hace entonces más necesario que antes ir más allá de lo genérico y especificar las posibles dimensiones y particularidades de la participación social en la nueva situación nacional e internacional. En el caso peruano, el PSBT no es participativo y comprende a todos los establecimientos públicos del primer nivel, que son más de 4000. Los CLAS son sólo 480 establecimientos pero comportan una experiencia original de participación, que suscita interrogantes y debates. ¿Cómo hacer que la participación abarque realmente la gestión? ¿Cómo armonizar los criterios técnico y político?

Ambos programas concretizan modelos diferentes de reforma de la red periférica, el CLAS un modelo incipiente de separar financiamiento de prestación y orientar el subsidio estatal a la demanda, mientras que el PSBT mantiene el subsidio a la oferta



sobre todo en lo que se refiere a equipamiento y recursos humanos que son contratados bajo nuevas condiciones laborales.

En el Perú la política de focalización del gasto social destinado a la lucha contra la pobreza se operativizó desde 1993 pasando luego, en 1994, a denominarse Programa de Salud Básica para Todos. En los últimos años el Estado peruano ha invertido 280 millones de soles anuales (alrededor de 105 millones de dólares) en ampliar los servicios de la red periférica de establecimientos de salud del primer nivel (puestos y centros de salud) con este Programa. Es evidente, sin embargo, que en el debate sobre reforma del sector salud, el planteamiento de focalización no es un postulado aislado sino operacionalizable dentro de un conjunto de nuevas políticas e instrumentos, entre ellas del subsidio vía la demanda, empoderamiento ciudadano, libre elección, pago por capitación, etc. Pero en el Perú la focalización se organiza aún desde la lógica de la oferta. El Estado da dinero al MINSA y éste a las subregiones y establecimientos periféricos, para desarrollar básicamente programas de salud. Un planteamiento de focalización vía la oferta no tiene sustentabilidad y regenera los mismos defectos burocráticos y dispendiosos de las políticas sociales basadas en el modelo populista. Por eso, la primera documentación del MINSA así como resultados del presente estudio arroja un aumento de producción (volumen total de atenciones) pero no de productividad (atenciones por recursos humano efectivamente utilizado). En los últimos tiempos hay un énfasis en la productividad pero, conforme han indicado entre otros Ruelas (1993), ello podría afectar la calidad de los servicios. Todos los debates internacionales sobre paquete básico de servicios o satisfacción del usuario o sobre primacía del cliente podrían entonces verse desvirtuados por esta versión de focalización, que no tiene como convertirse en un punto de partida para un nuevo modelo de periferia si no sale de esta contradicción de partida. Queda entonces planteada la pregunta: ¿el subsidio a la demanda podría ser "comunitario" en los países andinos?

La forma actual como se está debatiendo el tema de la equidad a nivel internacional tiene que ver con la contraposición focalización/universalización. Los críticos más claros de la selectividad preferirían que la demanda atendida en función al libre acceso a los servicios configure la escala de beneficios en un país. En otras palabras, plantean que no haya paquete básico, ni pisos de financiamiento diferenciado, por que ello supone una opción explícita de distribución de la atención de salud. Hay aquí problemas de orden ético y técnico. Los sistemas universalistas también contienen una implícita distribución de beneficios pero por la vía de la contención de la demanda en los servicios (colas, etc.). En el caso de la periferia peruana, ésta estaba en una profunda crisis hasta la inauguración de los dos programas estudiados (PSBT y CLAS). Hoy los centros y puestos de salud se han repotenciado, pero, conforme a estudios recientes, concentrando la demanda de las franjas indigente y pobre, que a su vez habrían perdido

accesibilidad al tercer nivel de atención (Arroyo, 1997). Quedan planteadas las dudas sobre si estaremos repitiendo la denominada atención primitiva de salud para pobres, que tanto se criticó como una versión deformada de la APS, y si por tanto esta atención de salud focalizada está protegiendo y a la vez desprotegiendo.

Se pueden entonces desprender algunas conclusiones:

1. En el caso peruano, el PSBT no es participativo y comprende a todos los establecimientos públicos del primer nivel, que son más de 4000. Los CLAS son sólo 480 establecimientos pero comportan una experiencia original de participación, que suscita interrogantes y debates. ¿Cómo hacer que la participación abarque realmente la gestión? ¿Cómo armonizar los criterios técnico y político?
2. En el Perú la focalización se organiza aún desde la lógica de la oferta. El Estado da dinero al MINSA y éste a las subregiones y establecimientos periféricos, para desarrollar básicamente programas de salud.
3. Los resultados del presente estudio arroja un aumento de producción (volumen total de atenciones) pero no de productividad (atenciones por recursos humano efectivamente utilizado). En los últimos tiempos hay un énfasis en la productividad pero, conforme han indicado entre otros Ruelas (1993), ello podría afectar la calidad de los servicios.
4. La asignación de los recursos todavía no alcanza los niveles de equidad que se esperarían, dada la orientación de focalizar recursos según pobreza.

## REFERENCIAS

- Aguirre Gas, H. (1991) Evaluación y garantía de la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México* 33 (6).
- Aguirre-Huacuja, R. (1994) La corresponsabilidad operativa en la atención de salud. *Salud Pública de México* (Marzo-Abril).
- Ansoff, I. (1983) *El Planeamiento Estratégico. Nueva Tendencia de la Administración*. Mexico: Editorial Trillas.
- Arroyo, J. (1996) El proceso del sector salud 1990-1995: Colapso operativo y reforma sanitaria silenciosa. *Lima, Anales, Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos* 57 (3).
- Belmartino, S. (1994) La investigación social en salud en un contexto teórico carente de certezas. En: *Ciencias Sociales y Medicina*. Buenos Aires: Instituto de Investigación de la Universidad de Buenos Aires.
- Bosi, M.L. (1994) Ciudadanía, Participação Popular e Saúde na Viso dos Profissionais do sector: Un estudo de Sacso na Rede Pública de Servicios. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (4).
- Briceño-León, R. (1996) Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública* 12 (1).
- Bronfman y Gleizer M. (1994) Participación Comunitaria. *Cadernos de Saúde Pública* 10 (1).
- Deming, E. (1990) *Qualidade: A Revolução da Administração*. Rio de Janeiro: Marques Saravia.
- Donabedian, A. (1991) La calidad de la atención médica, definición y métodos de evaluación. *La Prensa Médica Mexicana*.
- Enthoven A. (1998) *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*. Amsterdam: North-Holland.
- Francke, P. (1995) Equidad en el acceso y efectos distributivos del gasto público en salud: Perú. *Investigaciones en Salud de OPS*.
- Frenk, J. (1994) *La Salud de la Población. Hacia una nueva Salud Pública*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Fundación Mexicana para la Salud (1995) *Economía y Salud. Propuestas para el avance del sistema de salud en Mexico*. México: Fundación Mexicana para la Salud.
- Juran, J.M. (1992) *La calidad desde el proyecto—Nuevos pasos para el planeamiento de la calidad en producción y servicios*. Pionera.
- Katz, J. y Y. Muñoz (1998) *Organización del Sector Salud: Puja distributiva y equidad*. Buenos Aires: CEPAL.
- Laguna García, J. (1992) Equidad y salud. *Salud Pública de México* 34.
- Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad.*

- Miranda Ibaza, R. (1993) Inequidad de los servicios de salud a población abierta en México. *Salud Pública de México* 35(6).
- Montoya, C. (1995) El aporte del sector salud a la superación de la pobreza. *Cuadernos Médicos-sociales*, XXXVI (1).
- Mosqueira, R, O'Brien, E, y Alegre, R. (1995) *Costo de la Atención de Salud Básica en establecimientos de Primer Nivel*. Lima.
- Motta, P.R. (1993) *La ciencia y el arte de ser dirigente*. Lima.
- Oficina de Estadística e Informática (1996) *Pre-Censo de Infraestructura*. Lima: Ministerio de Salud.
- Oficina de Estadística e Informática MINSa (1996) *Informe Precenso de Infraestructura MINSa*. Lima: Ministerio de Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (1996) Renovación Salud para Todos. *Salud Pública Panamericana* 26 (3).
- Passos Nogueira, R. (1994) *Perspectivas da Qualidades em Saúde*. Qualitymark Editorial.
- Pérez-Cueva R. (1994) Análisis de la satisfacción del usuario y de la productividad de un modelo de atención primaria con la participación de médicos y técnicos. *Salud Pública de México* 36 (5).
- Programa de Administración Compartida (1994) *Seminario Taller de Entrenamiento y Capacitación en Organización de CLAS*. Lima: Ministerio de Salud.
- Programa de Focalización del Gasto Social Básico, Coordinación General del Programa Salud Básica para Todos (1994) *Análisis de la Producción de Actividades de Salud*. Lima: Ministerio de Salud.
- Ríos y Bueno (1994) *Propuesta de Fovida*. Lima.
- Ruelas-Baraja, E. (1993) Calidad, Productividad y Costos. *Salud Pública de México* 35(3).
- Salinas Oviedo, C. (1994) La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica. *Salud Pública de México* 36 (1).
- Taylor, C. (1992) Surveillance for Equity in Primary Health Care: Policy Implications from International Experience. *International Journal of Epidemiology* 21 (6).
- Taylor, C. (1996) Informe de Consultoría, *Evaluación del Programa de Administración Compartida*. Lima.
- Terris, M. (1992) Tendencias actuales en la Salud Pública de las Américas. En: *La Crisis de la Salud Pública: Reflexiones para el Debate*. Organización Panamericana de la Salud.
- Ugalde, A. (1987) Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en los programas de salud de Latinoamérica. *Cuadernos Médico Sociales* 41.
- Unidad de Gestión PSBT (1995) *Reporte de Gestión, Descripción del avance general del programa y avances al mes de noviembre de 1995*. Lima: Ministerio de Salud.
- Vera, J. Pajuelo, R. Bendejú, C. (1996) *Informe del Seminario Taller Balance y Perspectivas de los CLAS constituidos en la región sur del Perú*. Arequipa: Ministerio de Salud, Programa de Administración Compartida.