

3. ANÁLISIS DE MODELO DE COGESTION VIGENTE: Revisión de Informes Existentes (Evaluación de Gabinete)

Nicolás Velarde Gonzales

Consultor en Gestión de Servicios de Salud

3.1 INTRODUCCION

Existe un interés marcado en las agencias cooperantes referente a las experiencias de la interfase entre el sector público y la sociedad civil en la provisión de servicios. Ello encaja dentro de los movimientos de reforma y descentralización que se están implementando en varios países latinoamericanos.

La experiencia acumulada en las agencias donantes ha demostrado que la participación de la sociedad civil en el diseño, implementación y monitoreo de programas sociales, realiza una contribución importante en el impacto y en la sostenibilidad de estos programas.

En el Perú, la introducción de cambios en las prácticas habituales de financiamiento, gestión y operación de los servicios públicos ha sido un tema habitual de la gestión pública en los últimos 10 años como parte del proceso de reforma en que se ve inmerso el estado peruano. Uno de los cambios más importantes lo ha constituido la implementación de la "administración compartida" como una práctica novedosa de establecimiento de modelos de cogestión de servicios. Luego de una expansión lenta del modelo este modelo de cogestión instaurado en el año 1994, se ha vuelto imperante someter tal modelo a revisión a fin de establecer la conveniencia de introducir ajustes o complementos a lo actualmente existente a fin de fortalecer los aspectos identificados como débiles en el modelo y potenciar su articulación con otras iniciativas de reforma.

El presente documento está orientado a proporcionar una primera aproximación al análisis crítico del modelo de cogestión de los servicios del Ministerio de Salud. Se ha recurrido a una revisión de los principales trabajos de investigación e informes disponibles acerca del modelo de administración compartida.

3.2 DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE COGESTIÓN VIGENTE

3.2.1 Antecedentes

Desde mediados de 1992, con el progresivo control sobre la hiperinflación, el terrorismo y el aislamiento de la comunidad financiera internacional, la preocupación en el Ministerio de Salud se concentró en fortalecer la oferta de servicios que se encontraba en un estado de colapso: sub-financiada, con escaso personal, sub-equipada y sub-utilizada. Se reconoció que una prioridad importante era el incremento del financiamiento y la implementación de nuevos mecanismos de administración.

La cogestión de servicios en el Ministerio de Salud es actualmente parte del modelo de gestión de servicios. Las primeras experiencias formales de cogestión impulsadas por el Ministerio de Salud se remontan al año 1992, cuando se lanza el Programa de Revitalización de Servicios de Salud Periféricos (PRORESEP) en Chimbote y Lima Este. Este programa patrocinada por la Cooperación Perú-UNICEF trasladaba las experiencias de manejo de fondos rotatorio ensayadas como parte de la Iniciativa Bamako en el África, al manejo de farmacias. Como parte de estos pilotos, los Comités de Salud en los ámbitos de los establecimientos incorporados al Programa asumían el manejo de los fondos rotatorios en virtud a un convenio suscrito con la autoridad de salud en el distrito y decidían de manera conjunta con el jefe del establecimiento sobre el uso de los recursos generados por la venta de medicamentos.

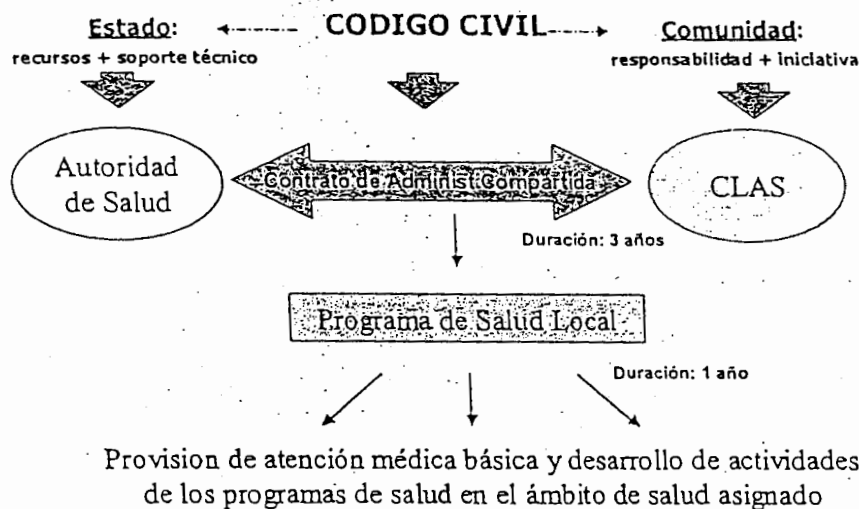
La experiencia resultó satisfactoria para el Ministerio de Salud y aportó al sector sobre las ventajas de la descentralización del manejo de recursos y sobre las ventajas de la toma de decisiones transparente cuando miembros de la comunidad estaban involucradas en ellas. A inicios de 1994 quedaba claro para el Ministerio de Salud que el modelo ensayado en el PRORESEP pasaría a desarrollarse a escala nacional.

En mayo de 1994, se lanza el Programa de Administración Compartida (PAC), como parte de una política de descentralización de la gestión operativa de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (centros y puestos de salud). Desde entonces el PAC promueve la implementación de un modelo de cogestión de los servicios en el cual determinadas asociaciones civiles, denominadas Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), asumen la responsabilidad por el manejo de los recursos asignados para la ejecución de un Programa de Salud Local formulado a nivel local y aprobado técnicamente por la autoridad de salud, en virtud de un contrato firmado entre ambas. A la fecha, 1304 establecimientos del nivel de atención primaria (correspondientes al 21% del total de centros y puestos de salud) son gestionados por 506 CLAS bajo el modelo de administración compartida.

3.2.2 Diseño Básico del Modelo de Cogestión Vigente

El modelo de cogestión promovido por el PAC (modelo de cogestión CLAS) se define a partir de los siguientes elementos (ver Gráfico N° 10):

Gráfico N° 10: Diseño Básico del Modelo de Cogestión CLAS



- ☑ *El Comité Local de Administración de Salud (CLAS)*, el cual es una asociación civil con personería jurídica no lucrativa compuesta por 6 miembros de las comunidades existentes en el ámbito de salud a cargo del establecimiento incorporado al programa, que firma un contrato con la autoridad de salud (la Dirección de Salud) para el desarrollo de un Programa de Salud Local (PSL) de duración anual.
- ☑ *El Contrato de Administración Compartida*, que concede al CLAS la administración del establecimiento y la decisión sobre el manejo y uso de los recursos públicos asignados al ámbito de salud a su cargo.
- ☑ *El Programa de Salud Local*, que contiene las metas de atención de salud (producción de servicios) a ser alcanzada con el uso de los recursos asignados.

El concepto básico detrás del diseño fue el de la transferencia directa de recursos públicos al nivel encargado de la ejecución de la atención de salud. Este nivel de ejecución debería tener un régimen especial que le permitiera la ejecución con procedimientos administrativos simplificados. El diseño original tuvo como modelo la conformación de una organización no gubernamental (ONG) de carácter comunitario que mediante un contrato recibiera los fondos para la ejecución de planes o proyectos de un organización financiera (papel que pasaba a ser asumido por el Programa de Salud Básica para Todos - PSBPT). Un contrato amparado en el Código Civil era el elemento que aseguraba la estabilidad del modelo ante los riesgos de incumplimiento de las responsabilidades o los compromisos que pudieran presentarse por parte de la contraparte estatal que asumía la función de control y asistencia técnica (la Dirección de Salud) y el ente financiador.

Este diseño básico del espacio de participación, del vínculo entre el Estado y la comunidad y del objeto de la cogestión tenía como características distintivas, en la opinión del Ingeniero Juan José Vera del Carpio, coordinador original del Programa de Administración Compartida (PAC), las siguientes:

- ♦ Construcción de un plan de salud basado en un diagnóstico realizado a nivel local, que propugnaba la realización de censos locales o comunitarios como elemento central para el diagnóstico de las necesidades de atención.
- ♦ La rendición de cuentas contra un plan de atención de salud con el cual se sustentaba los compromisos tanto del Estado como de la asociación CLAS conformada.
- ♦ Un mecanismo que generara estabilidad al espacio de toma de decisiones con la comunidad y a la transferencia de fondos al nivel operativo, representado en el diseño por el contrato amparado en el Código Civil.

Los objetivos de la implementación del modelo de cogestión tal como se mencionan en algunos documentos normativos y técnicos del PAC fueron: El incremento de la cobertura, el mejoramiento en la calidad del gasto, la calidad de la atención y la implementación de mecanismos de control social.

Cuadro N° 4: Diseño Básico del Modelo de Cogestión CLAS

El diseño básico mencionado presenta las siguientes particularidades:

- Definición del espacio de participación social: Su organización en base a una persona jurídica permite al grupo representante establecer vínculos sólidos con otras instituciones (capacidad para contratar)
- Relación comunidad-Estado: La relación por medio de un contrato basado en el código civil le protege el cumplimiento de las obligaciones por parte del MINSAL/DISA.
- Objetivo de la Participación: Propiciar y controlar el cumplimiento de un programa de salud local orienta la participación en la obtención de metas sanitarias.

En el diseño del modelo, los miembros de la comunidad están envueltos en: (1) identificación y priorización de problemas de la comunidad; (2) planeamiento de soluciones de acuerdo a necesidades identificadas (3) decisiones sobre el uso de fondos para el funcionamiento del establecimiento.

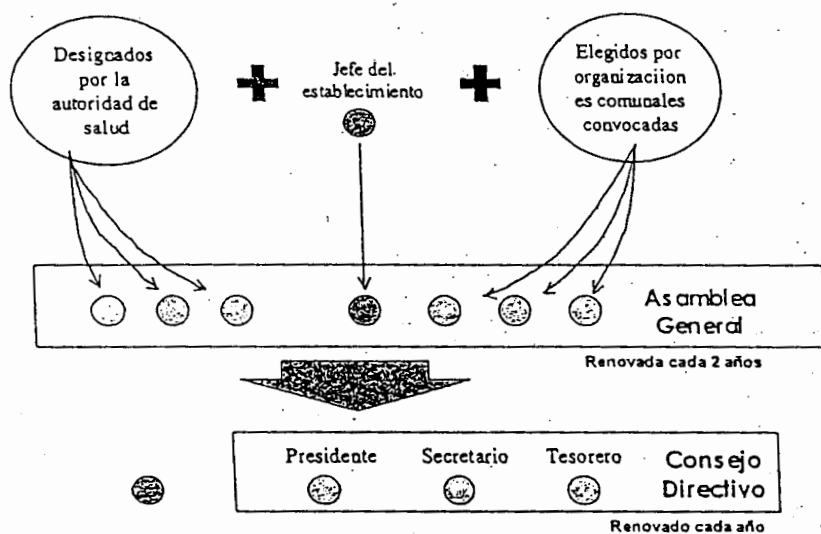
3.2.2.1 Conformación del Comité Local de Administración de Salud. –

El CLAS está conformado por siete miembros: Seis de ellos son vecinos del ámbito de salud (miembros de la comunidad). El séptimo es el responsable del establecimiento de salud. La mitad de los miembros de la comunidad son designados por el Director de Salud (de una lista propuesta por el jefe del establecimiento). La otra mitad son elegidos por las organizaciones comunitarias vinculadas a salud y desarrollo convocadas por el responsable del establecimiento (ver Gráfico N° 11).

El CLAS se organiza en una Asamblea General y un Consejo Directivo. La Asamblea General es la máxima autoridad de la asociación y está conformada por todos sus miembros. Es renovada por mitades cada año de manera que sus miembros tienen una permanencia de dos años, tiempo en el cual el CLAS ha renovado su membresía.

El Consejo Directivo, que es responsable directo de la marcha del establecimiento es elegido entre sus miembros por la Asamblea General por un año. Lo conforman tres miembros. El médico jefe del establecimiento de mayor jerarquía asignado al CLAS, que asume la gerencia de los servicios, participa en las reuniones del Consejo Directivo informando sobre la marcha del establecimiento y orientando técnicamente sus decisiones.

Gráfico N° 11: Conformación y Organización del Comité Local de Administración de Salud



3.2.2.2 Mecanismos de Representación.-

Cada asociación está conformada por siete miembros elegidos. Tres de ellos son elegidos por la comunidad a partir de candidatos que representan las organizaciones comunales vinculadas a la salud. Otros tres son elegidos entre candidatos que representan a la comunidad por el jefe del establecimiento. El sétimo miembro es el jefe del establecimiento. El CLAS se inscribe en los registros públicos como una entidad privada sin fines de lucro.

La rotación de miembros del CLAS cada dos años brinda posibilidades a mejorar la representación y la participación de otras personas.

3.2.3 Implementación del modelo de cogestión CLAS

Inicialmente la gestión del Programa de Administración Compartida se caracterizó por:

- a) Impulso directo de la Alta Dirección
- b) Constitución de un equipo de expertos
- c) Gestión por fuera de la estructura del Ministerio
- d) Financiamiento a costa de otros proyectos

El apoyo político a la implementación del modelo de cogestión se manifiesta en el control cercano que ejerció la Alta Dirección. El recién instalado Ministro de Salud, Jaime Freundt ingresó a la gestión con dos prioridades: la "transferencia" de la gestión de los establecimientos a la comunidad y la implementación de las entonces denominadas Organismos de Servicios de Salud (OSS).

El equipo de consultores convocados se instaló en una de las oficinas del Despacho del Ministro y la comunicación con la Alta Dirección era permanente y fluida.

El modelo para tal estrategia fue elaborado por un equipo de consultores, formado por el ingeniero Juan José Vera del Carpio, la Dra. Patricia Paredes, el Lic. Carlos Bendezú y la Lic. Rosanna Pajuelo, financiados por el Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo.

Un consultor internacional, el Dr. Carl E. Taylor, profesor emérito de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Universidad John Hopkins fue convocado para validar el modelo diseñado.

El marco normativo del programa se estableció a partir de una norma específica, el Decreto Supremo N° 01-94-SA. Dicho Decreto firmado por el Presidente de la República y el Presidente del Consejo de Ministros además del Ministro de Salud, le confería un peso político a la organización e implementación del Programa de Administración Compartida.

CLAS constituyó una alternativa al Programa de Salud Básica para Todos, creado a partir Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud. Al igual que con el PAC, el PSBPT fue creado como un programa vertical de administración centralizada de manera paralela a la estructura del Ministerio. El PSBPT contrataba personal, incrementaba el horario de trabajo de 6 a 12 horas, invertía en capacitación, equipamiento y mejoramiento de la infraestructura. Los primeros 13 establecimientos bajo el modelo CLAS se establecieron en julio de 1994 en los departamentos de Ayacucho e Ica.

A pesar de lo mencionado anteriormente, la resistencia a la implementación del modelo y a su progresiva extensión fue un elemento que no ha estado ausente durante su implementación. Un hecho anecdótico que podría constituirse como evidencia de tal situación lo constituiría el hecho de que en la Resolución Ministerial que reglamenta el Decreto Supremo N° 01-94-SA, faltan las visaciones de los entonces Secretario General del Ministerio (miembro de la Alta Dirección) y del Jefe del Programa de

Focalización del Gasto Social Básico en Salud (nombre primigenio del Programa de Salud Básica para Todos), ente que asumía el financiamiento del PAC y en el que la administración compartida formaba parte de una de sus líneas de inversión.

Para la implementación del modelo se estableció el diseño de un programa vertical con algunas particularidades. El programa se estableció fuera de la estructura organizativa del Ministerio de Salud. Ello estableció una debilidad en la gestión.

Casi todos los CLAS han atravesado negociaciones difíciles entre la comunidad y el personal de salud durante su primer año de funcionamiento, pero los han resuelto a través de un aprendizaje mutuo y el proceso de negociación.

La implementación no fue fácil. Probablemente las mayores resistencias provinieron de los trabajadores de salud del sector que se opusieron a la implementación del modelo representaba una forma de privatización o que ello representaría trabajar más o que ellos perderían sus trabajos.

3.2.4 Cambios producidos en el modelo de cogestión CLAS

Desde la conformación de los primeros CLAS, algunas variaciones han ocurrido respecto al modelo original.

3.2.4.1 Cambios en la Definición de los Ambitos y Número de Establecimientos bajo la administración de los CLAS. –

Al inicio del Programa, se asumió que cada establecimiento de salud debía tener su propio CLAS. Por ello, el criterio usado para definir el ámbito bajo la administración de un CLAS y para el cual se firmaba contrato, fue la identificación de las jurisdicciones de cada establecimiento (Gráfico N° 12).

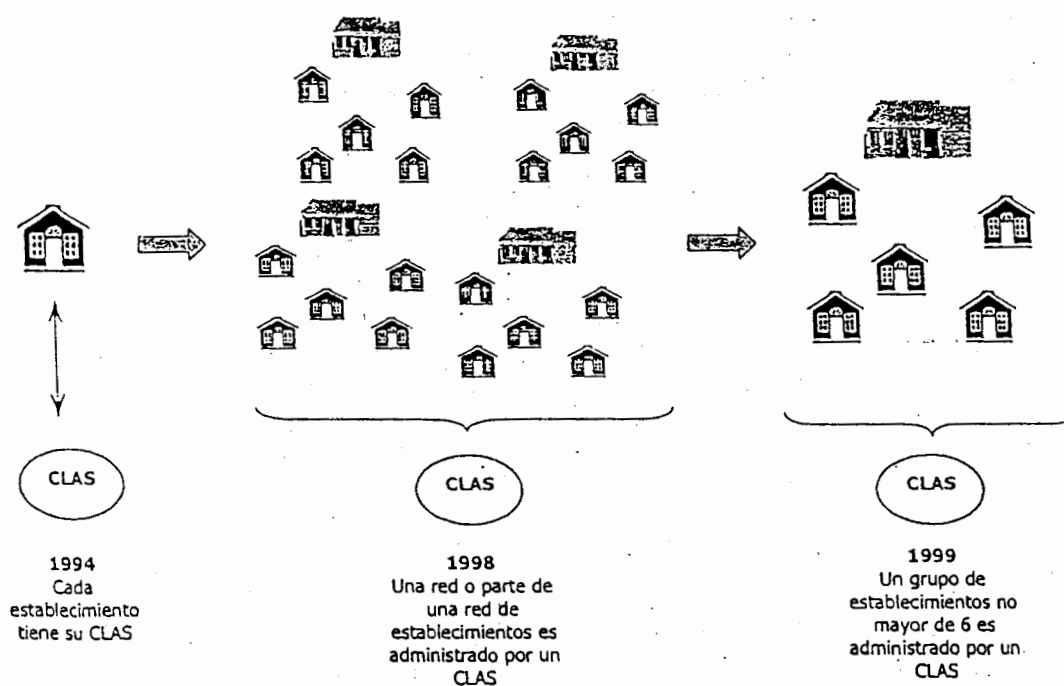
Identificadas las ventajas del modelo (simplificación administrativa, flexibilidad en el manejo de los recursos y marco legal para el desarrollo de iniciativas locales en manejo financiero), se intentó en 1998 establecer 4 pilotos de organización de CLAS a partir de territorios mayores en Morropón-Chulucanas (Piura), Moyobamba (San Martín), Islay (Arequipa) y Tacna con resultados discutidos.

Al año siguiente, se estableció como criterio que el patrón de definición del ámbito de cogestión fuera mucho menor, un conjunto de establecimientos no mayor de 7. Este modelo final fue definido como "CLAS-agregado".

Con el propósito de usar las ventajas del marco normativo de la administración compartida en la descentralización de la gerencia operativa a los hasta el nivel distrital como parte de la organización de redes de servicios, se implementaron como pilotos tres modelos de contratación y de organización en 1998:

- ♦ *CLAS-Microred*: La Gerencia de Red es una unidad pública desconcentrada que contrata con varios CLAS que administran cada uno un grupo de centros y puestos de salud (3-7 establecimientos)
- ♦ *CLAS-Red*: La Dirección de Salud contrata con un solo CLAS que administra todos los establecimientos a la red (20-40 establecimientos)
- ♦ *CLAS-Consorcio*: La Dirección de salud contrata con varios CLAS que administran un solo establecimiento y que acuerdan financiar un fondo para contratar servicios de apoyo administrativo

Gráfico Nº 12: Cambios en los ámbitos y número de establecimientos bajo la administración de un CLAS



3.3 ANÁLISIS DEL MODELO DE COGESTION CLAS EN LOS INFORMES Y TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN DISPONIBLES

La presente sección realiza una revisión general de los principales hallazgos y conclusiones de los informes y estudios existentes sobre el modelo de cogestión CLAS y sobre el Programa de Administración Compartida. Una lista de dichos documentos por autor, por tipo de estudio y por

aspectos tratados es presentada inicialmente. En un segundo momento se presentan los hallazgos y conclusiones de parte de dichos estudios haciendo un comentario sobre sus contribuciones en el desarrollo de estrategias de cogestión en la atención de salud. Finalmente, se presenta lo que puede considerarse el resultado final de la revisión de dichos estudiosos.

3.3.1. Principales informes y trabajos revisados

Como resultado de la búsqueda bibliográfica y por referencias de algunas personas involucradas en la gestión del Programa de Administración Compartida (integrantes actuales y anteriores del equipo técnico en el Nivel Central) fue posible identificar hasta 18 documentos que examinan o evalúan determinados aspectos del funcionamiento del modelo de cogestión CLAS. La Tabla N° 12 presenta la relación de autores, títulos y temas desarrollados por dichos documentos.

Una primera búsqueda de los informes y trabajos de investigación publicados que revisan aspectos varios del modelo de cogestión CLAS ha incorporado los trabajos incluye los siguientes autores y documentos:

1. Carl E. Taylor, quien produjo 2 informes para la Alta Dirección:
 - ♦ Evaluación de los CLAS (comparative Analysis of Primary Health Care Facilities with Participation of Civil Society in Venezuela and Peru (1998).
2. Laura C. Altobelli, quien ha producido 4 documentos de investigación:
 - ♦ Comparative Analysis of Primary Health Care Facilities with Participation of Civil Society in Venezuela and Peru (1998).
 - ♦ Health Reform, Community Participation, and Social Inclusion: The Shared Administration Program.
 - ♦ Programa de Administración Compartida y Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) en el Perú. El Desafío de la Reforma en Salud: Alcanzando a los Pobres (2000)
3. Sobrevilla Ricci, Alfredo, quien preparó un informe que evalúa las condiciones de gestión del PAC a nivel nacional.
4. Marisol Vicuña Olivera, Julia Sonia Ampuero Vela y Juan Pablo Murillo Peña quienes realizaron entre 1997 y 1998 cuatro investigaciones:
 - ♦ Análisis de la Demanda Efectiva y su Relación con el Modelo de Gestión de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención.
 - ♦ Análisis de la Demanda Potencial y su Relación con el Modelo de Gestión de los Establecimientos de Salud y la Participación Comunitaria de los Líderes Comunales.
 - ♦ Modelo de Gestión del Establecimiento de Salud y la Participación Comunitaria de los Líderes Comunales.
5. Rafael Cortez, quien escribió el documento "Equidad y calidad de los servicios de Salud: El caso de los CLAS.

Tabla N° 12: Informes y trabajos de investigación existentes que evalúan el modelo de cogestión CLAS

Autor o Investigadores	Título del Documento	Tipo de Documento	Aspectos Tratados
Carl E. Taylor	1. <u>1996</u> : Evaluación de los CLAS (Comités Locales de Administración de Salud): Un nuevo componente de la reforma del sector Salud en el Perú. 2. <u>1998</u> : Informe para el Ministro de Salud.	Informe de Evaluación Informe de Evaluación	Avances en la implementación. Viabilidad del Programa. Puntos críticos.
E. O'Brien	3. <u>1996</u> : Evaluación del Programa de Focalización del Gasto Social Básico. Sub Programa Administración Compartida	Informe de Evaluación	Nivel de Implementación. Puntos críticos.
W. Baca	4. <u>1996</u> : Evaluación técnico-administrativa del Programa de Administración Compartida en la Sub Región Cusco	Tesis de bachiller	
T. Rojas	5. <u>1997</u> : Comités Locales de Administración de Salud. CLAS de Cajamarca: 1995-1996.	Estudio descriptivo	Productividad. Participación Comunitaria.
Rafael Cortez	6. <u>1998</u> : Equidad y calidad de los servicios de Salud: El caso de los CLAS.	Trabajo de Investigación	Equidad
Laura C. Altobelli	7. <u>1998</u> : Comparative Analysis of Primary Health Care Facilities with Participation of Civil Society in Venezuela and Peru. 8. <u>1998</u> : Health Reform, Community Participation, and Social Inclusion: The Shared Administration Program. 9. <u>2000</u> : Programa de Administración Compartida y Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) en el Perú. El Desafío de la Reforma en Salud: Alcanzando a los Pobres (2000) 10. <u>2001</u> : Decentralization to Improve Health Care for the Poor: Case Study in Peru	Trabajo de Investigación Estudio de caso. Estudio de caso Estudio de caso	Eficiencia. Participación Comunitaria Equidad. Participación Comunitaria. Eficiencia. Equidad. Descentralización. Equidad.
Isabel Peñarrieta	11. <u>1998</u> : Equidad según necesidades de atención y comportamiento de los usuarios entre servicios CLAS y no CLAS.	Trabajo de Investigación	Equidad y Accesibilidad.
Marisol Vicuña Olivera y col.	12. <u>1999</u> : Análisis de la Demanda Efectiva y su Relación con el Modelo de Gestión de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención. 13. <u>1998</u> : Análisis de la Demanda Potencial y su Relación con el Modelo de Gestión de los Establecimientos de Salud y la Participación Comunitaria de los Líderes Comunales. 14. <u>1998</u> : Modelo de Gestión del Establecimiento de Salud y la Participación Comunitaria de los Líderes Comunales.	Trabajo de investigación Trabajo de Investigación Trabajo de Investigación	Equidad, Calidad técnica y satisfacción del usuario Accesibilidad y Nivel de Uso. Percepción sobre calidad de servicios y participación comunitaria. Participación Comunitaria
Alfredo Sobrevilla Ricci	15. <u>1999</u> : Evaluación Interna del Programa de Administración Compartida. 16. <u>2000</u> : La Experiencia del Programa de Administración Compartida. CLAS	Trabajo de investigación Estudio de caso	Avances en la implementación. Puntos críticos. Implementación. Viabilidad del Programa. Puntos críticos.
Federico Salazar y col.	17. <u>1999</u> : El Programa Salud Básica para Todos y los Comités Locales de Administración de Salud: Dos modelos de reforma para la red periférica.		

La primera investigación realizada sobre el modelo de cogestión CLAS aparece luego de 15 meses de la implementación inicial del modelo a cargo de un experto internacional, el Dr. Carl E. Taylor, a solicitud de la Alta Dirección del Ministerio de Salud con el fin de evaluar los progresos en la implementación del modelo y los potenciales aportes del modelo. Un segundo informe preparado por E. O'Brien meses después constituye el segundo informe de consultoría producido para el Ministerio de Salud con el fin de evaluar la implementación y posibles cambios producidos con el nuevo modelo de gestión de servicios.

En los siguientes dos años, aparecieron cinco informes generados por iniciativas variadas, externas todas ellas al Ministerio de Salud y pretendiendo explorar y sistematizar algunos aspectos del funcionamiento del modelo. Los documentos de Baca (1996) y Rojas (1997), que exploran los aspectos participativos y las mejoras en la producción de servicios, aparecieron como resultado de una iniciativa particular y representan la primera muestra de un interés profesional por el tema. En el mismo sentido Isabel Peñarrieta (1998) exploró las diferencias en el acceso a servicios para el tratamiento de diarrea aguda entre establecimientos administrados por CLAS y otros operando bajo el modelo de gestión tradicional. Otros investigadores como Cortez (1998) y Altobelli (1998, 1999, 2000) desarrollaron sus trabajos como parte del interés de agencias donantes por presentar y discutir experiencias de reforma en foros internacionales y exploraron con mayor énfasis los aspectos de eficiencia y equidad. Federico Salazar y colaboradores producen en 1999 un informe sobre las iniciativas de reforma en salud presentando tanto el modelo CLAS como el modelo tradicional bajo los efectos del Programa de Salud Básica para Todos.

En 1998 y como parte de los cambios de responsables producidos en los programas asociados a iniciativas de reforma en el Ministerio de Salud se realiza un segundo momento de evaluación del modelo promovido desde el interior del Nivel Central. Se encarga a un grupo de investigadores la evaluación del modelo de cogestión. Como consecuencia de ello, Marisol Vicuña y colaboradores desarrolla tres estudios comparativos de establecimientos operando con el modelo de cogestión CLAS y establecimientos con el modelo tradicional pero bajo los efectos del Programa de Salud Básica para Todos. En el mismo sentido, Alfredo Sobrevilla realiza un estudio de un conjunto de cuestionarios previamente tomados a nivel nacional para recoger información sobre el nivel de gestión del Programa de Administración Compartida cuyos resultados son presentados bajo el nombre de "Evaluación interna de la Administración Compartida".

Coincidiendo con lo anterior, se produce una segunda visita del Dr. Carl E. Taylor, quien con la Dra. Patricia Paredes produce un segundo informe para la Alta Dirección haciendo mención de sus hallazgos en entrevistas a personal de un grupo de establecimientos de salud.

En los dos últimos años, un documento de revisión de la experiencia acumulada con el Programa, a cargo de Alfredo Sobrevilla (2000) y dos documentos preparados por Laura Altobelli (2001 y 2002) son los documentos más recientes de los cuales se tiene conocimiento.

Con relación a los temas tratados por estos documentos, puede sugerirse que son seis los principales tópicos cubiertos por estos trabajos:

- a) **Mejoras en la eficiencia asociadas al modelo de cogestión CLAS.**- Los trabajos que se enfocan en la eficiencia, parten de un enfoque de oferta de servicios y exploran de manera comparativa la cantidad de atendidos por los establecimientos administrados por CLAS y la cantidad de atenciones producidas en comparación con establecimientos que funcionan

bajo el modelo habitual. Adicionalmente se comparan la cantidad de atenciones extramurales y las coberturas alcanzadas en sus respectivos ámbitos. Los hallazgos son interpretados en términos de eficiencia del modelo de cogestión CLAS. Estos temas son los aspectos más estudiados principalmente por Baca (1996), Altobelli (1998, 2000), y por Vicuña y colaboradores (1998).

- b) Incremento en el Acceso a los servicios y mayores niveles de equidad asociadas al modelo de cogestión CLAS. - Los trabajos que desarrollan estos tópicos, por otro lado, exploran las ventajas obtenidas con el modelo con un enfoque de demanda. La cobertura de servicios junto con la extensión y la intensidad de uso son exploradas para diferentes grupos poblacionales. Vicuña y colaboradores (1998) y Peñarrieta exploran el nivel de uso de los servicios, en tanto que Cortez (1998), Altobelli (1999, 2000) exploran el acceso a los servicios entre grupos de estratos económicos más bajos. Vicuña y colaboradores evalúa la accesibilidad física.
- c) Calidad de la atención y satisfacción de los usuarios de servicios administrados por CLAS. - Los trabajos de Baca (1996), Cortez (1998) y Altobelli (1998) recurren a encuestas a usuarios y resultados de encuestas de hogares nacionales para estudiar estos tópicos. Por su parte, Vicuña y su grupo agregan al tema anterior la percepción que tiene el usuario de las mejoras en los servicios de salud y su valoración de la calidad técnica de la atención.
- d) Niveles de Participación Comunitaria alcanzados con el funcionamiento de los CLAS.- La participación de la comunidad en la gestión es tratada de dos maneras. Altobelli (1998) explora principalmente la calidad de la participación básicamente en miembros de los Comités operando. Los informes de Taylor desarrollan aspectos cualitativos del mismo tema. Por otro lado los trabajos de grupo de Vicuña (1998) abarcan con mayor detalle la participación de los líderes comunales y del poblador del ámbito de salud.
- e) Análisis de los avances en la Implementación del Modelo: aspectos críticos en el desarrollo de la cogestión. - Los informes realizados por Taylor y O'Brien basados en presentaciones de caso y visitas a establecimientos exploran aspectos cualitativos de la implementación sin abarcar de manera completa el tema. Los trabajos de Sobrevilla (1999 y 2000) representan las revisiones más completas sobre el tema.
- f) Aportes del funcionamiento del modelo al proceso de reforma de la atención de salud en el País. - En este tópico destacan principalmente el documento del grupo de Salazar y por Laura Altobelli cuyos informes tratan de evaluar la contribución y los alcances del modelo en el contexto de las diferentes iniciativas y opciones de reforma en el Perú.

3.3.1.1 Hallazgos sobre los Aspectos Participativos en el modelo de cogestión CLAS

El trabajo de Marisol Vicuña y su equipo aporta información sobre las características de la participación comunitaria en el Perú (Vicuña 2000). Por un lado, el líder comunal tiene como perfil: adulto joven (39 años en promedio), representatividad de ambos sexos, con ocupaciones directamente relacionadas al género y con relaciones de pareja estables. Respecto a las organizaciones comunales, se menciona que las organizaciones de base más identificadas a nivel de la comunidad son los Comités de Vaso de Leche, los Clubes de Madres, las Directivas Vecinales y los Comités de Salud. Otro tipo de organizaciones como las Directivas de obras comunales, las Comunidades Religiosas, los Comedores Populares, las Asociaciones de Padres de Familia y las Asociaciones de Agricultores son menos identificadas.

Asimismo, el referido estudio, que explora sobre la participación comunitaria en los ámbitos CLAS y no CLAS, aporta en la identificación de tres situaciones críticas en el diagnóstico de los aspectos participativos en la cogestión de servicios en el Perú. Se concluye que:

- a) No existe relación entre la participación comunitaria en la planificación y ejecución de actividades de salud y la existencia de un CLAS en un ámbito de salud.
- b) El acceso a información sobre los establecimientos de salud por los líderes de las organizaciones comunitarias es limitado. Esto ocurre incluso en ámbitos en los que el establecimiento de salud es administrado por un CLAS. El acceso limitado a información incluye información sobre lo que es el CLAS.
- c) Una parte considerable de los líderes comunales desconoce el modelo de cogestión CLAS.

Inicialmente se sugiere que no hay relación entre la implantación del modelo CLAS y el perfil de participación en las organizaciones comunitarias. El número y tipo de organizaciones existentes, el tiempo de antigüedad de las organizaciones comunitarias existentes y el número de reuniones que estas organizaciones tienen al año no muestra diferencias significativas entre los ámbitos de salud que cuentan con CLAS y establecimientos en los que apenas se ha instalado el modelo de cogestión.

No se evidencian diferencias en el desempeño de los agentes comunales de salud entre los ámbitos en los que existen CLAS y los ámbitos sin CLAS. En ambos casos los líderes comunales de las organizaciones entrevistadas declaran la existencia de agentes comunales de salud e identifican el mismo tipo de actividades desarrolladas por ellos y se percibe la articulación de sus labores con el establecimiento de salud de la misma manera. Los agentes tradicionales de salud (curanderos, parteros y hueseros) son del mismo tipo en ámbitos con CLAS y sin CLAS. Llama la atención que en ámbitos sin CLAS existan mayor número de promotores con menos de 3 años mientras que en ámbitos con CLAS sea más frecuente que los promotores tengan permanencia mayor a 4 años. Ello se atribuye a una mayor tendencia a promover la existencia de agentes comunitarios de salud en los ámbitos sin CLAS o a una menor tasa de recambio en las zonas con CLAS. La primera opción tendría concordancia con el hallazgo de que la iniciativa de designar a los promotores de salud depende de agentes externos (el personal de salud u otras organizaciones) antes que de la comunidad reunida.

En cuanto al hallazgo de que no existen diferencias significativas en la participación de los líderes comunitarios en la planificación local y en la ejecución de actividades de salud entre ámbitos CLAS y no CLAS, se menciona que en ambos tipos de ámbitos los líderes comunitarios declaran el mismo nivel de coordinación con el establecimiento y que ejecutan las mismas actividades en las reuniones convocadas por el establecimiento. No se observan grandes diferencias en el tipo de actividades de salud con las que participan los líderes comunales, aunque se resalta que en los ámbitos con CLAS es más frecuente la participación en faenas para el mejoramiento del establecimiento de salud y en el apoyo en términos de disposición locales para actividades de salud en la comunidad. Llama la atención que en ambos casos la participación en actividades de salud se refiere a actividades previstas por el establecimiento y no en términos de toma de decisiones compartidas. Respecto a lo primero, la participación en actividades de vacunación de niños y canes, control de peso y talla y ejecución de campañas de atención de salud predominan frente a mejoramiento del medio ambiente, saneamiento local, construcción de letrinas y acciones de control de vectores. Esto es explicado por la necesidad de menos recursos, apoyo técnico, movilización y consenso entre las primeras respecto al resto de actividades de salud.

El acceso a información sobre los servicios de salud es el mismo en los ámbitos con CLAS y sin CLAS. En ambos casos los líderes comunales declaran acceder de la misma manera a la información sobre el horario de atención, los servicios que oferta el establecimiento y los precios de los mismos así como a la gratuidad de los programas de salud. Es resaltado que aproximadamente un tercio de los líderes de organizaciones comunitarias no conocen de estos temas. Sin embargo, llama la atención que casi la mitad de los líderes haya declarado no haber recibido información sobre los CLAS y que 40% de los entrevistados desconozca sobre la existencia de un Comité Local de Administración de Salud en su ámbito. Apenas algo más de la mitad mencionó haber participado en alguna reunión en la que se haya explicado las características y ventajas del modelo de cogestión y solo la tercera parte de los líderes comunales entrevistados (todos con ellos con un promedio de 3 años de ejercicio) declaró haber sido consultado respecto a su funcionamiento.

Se comenta finalmente en el citado trabajo que, aunque hay evidencia sobre una participación comunitaria limitada incluso en los establecimientos que funcionan con CLAS, entre los líderes que si han participado en ámbitos con CLAS se refiere que se desarrolla una cantidad más variada de actividades que en los casos de líderes en ámbitos sin CLAS.

3.3.1.2 Hallazgos sobre los aspectos gerenciales del modelo de cogestión CLAS

Hallazgos sobre el Perfil de la Demanda en Establecimientos Administrados por CLAS y Establecimientos sin CLAS: El análisis de la demanda efectiva realizado por Marisol Vicuña y su equipo de trabajo aporta cierta información sobre el perfil de uso de los servicios de salud (Vicuña 2000). 92% de los usuarios de los servicios son tienen menos de 50 años. Los menores de 5 años representan cerca de la tercera parte de los usuarios de los servicios. El 82% de los usuarios son amas de casa, estudiantes y menores de 5 años, lo que sugiere que los varones adultos jóvenes de diversas condiciones laborales hacen un uso minoritario de los servicios. Ello puede plantear un conjunto de problemas potenciales para la salud de este grupo. Estas características son las mismas en establecimientos CLAS y no CLAS. El principal motivo de consulta es la atención de morbilidad respiratoria (aproximadamente 13% de consultas), seguida de planificación familiar

(aproximadamente 10% de consultas), crecimiento y desarrollo (7% de consultas) y control de embarazo (7% de consultas). Este perfil de demanda no muestra diferencias significativas en establecimientos con CLAS o sin ellos. De la misma manera, la proporción de atenciones recuperativas y de programas de salud es la misma en ambos tipos de modelos de gestión. La tendencia general es de predominio de la demanda de atenciones recuperativas por servicios respecto a los programas preventivos. El estudio resalta además que la demanda por servicios está asociada al tipo de Dirección de Salud en ambos modelos.

El estudio del equipo de Marisol Vicuña sobre análisis de demanda efectiva (Vicuña 2000) exploró la calidad técnica de la atención y la accesibilidad económica. La calidad técnica de la atención se estudió en términos de tiempo de espera para la atención, captación de nuevos usuarios, integralidad de la atención (atención a acompañantes y manejo de oportunidades perdidas), satisfacción con el horario de atención. La accesibilidad económica abarcó temas como antecedentes de pago, pago efectivo, disponibilidad de pago, percepción del precio, compra de medicamentos y accesibilidad económica a la consulta, programas de salud y medicamentos. Asimismo se exploraron el nivel de trato al usuario y quejas sobre los servicios y la percepción de confort en los usuarios.

En cuanto a la calidad de los servicios, dicho estudio encuentra que:

- a) En promedio, existe un menor tiempo de espera para la atención en establecimientos CLAS que en no CLAS.
- b) Existen diferencias entre el número de usuarios que acudieron el año anterior entre establecimientos sin CLAS (hay mayor proporción de usuarios nuevos) y los establecimientos con CLAS (mayor número de usuarios que acudieron el último año), que sugieren una mayor proporción de usuarios continuadores cuando el modelo es la cogestión.
- c) Hay mayor proporción de usuarios en desacuerdo con el horario de atención en los establecimientos sin CLAS que en los administrados bajo el modelo de cogestión vigente.
- d) La proporción de usuarios con un nivel alto de satisfacción respecto al confort se encuentra en los establecimientos administrados por CLAS que en los establecimientos sin CLAS donde hay mayor disconformidad a las comodidades de los ambientes de espera. Sin embargo, cuando se exploran los casos de nivel bajo de confort, los CLAS muestran mayor número de usuarios con bajo nivel de confort que los no CLAS.
- e) Cuando se exploran las causas de quejas de parte de los usuarios se encuentra que la falta de medicamentos se presenta por igual en ambos modelos de gestión. Sin embargo, las quejas por maltrato de personal y por falta de personal de salud, que siguen como las más frecuentes, se presentan en mayor proporción en los casos de establecimientos sin CLAS que en los establecimientos con CLAS.
- f) El modelo de gestión no está asociado con:
 - La duración de la atención de salud (tiempo que dura la consulta) sean atenciones recuperativas o de programas de salud.

- Implementación de enfoques de atención integral (oportunidades perdidas, oferta de programas de salud a usuarios que acuden por otro motivo).
- La percepción que tiene el usuario sobre la calidad técnica de la atención.
- La limpieza de los ambientes del establecimiento.
- Nivel de satisfacción del usuario y declaraciones de quejas respecto a maltratos.

No se encuentra que la captación de nuevos usuarios tenga relación con el tipo de administración de los establecimientos. Sin embargo se hace notar que en ambos modelos administrativos se aprecia un incremento en la proporción de usuarios nuevos desde la implementación del modelo. Los establecimientos sin CLAS muestran mayor captación de usuarios nuevos en zonas urbano-marginales y en Centros de Salud que los establecimientos con CLAS. También figura como hallazgo que los establecimientos sin CLAS tienen mayores incrementos de captación de usuarios en programas preventivos que en los establecimientos con CLAS. Esta diferencia es explicada en términos de una posible mayor cantidad de usuarios continuadores en los servicios de salud administrados por CLAS pero también se sugiere que existan sesgos en la elección de los establecimientos que se incorporan a la administración compartida con respecto al resto de establecimientos.

Los niveles de desarrollo del enfoque integral de la atención son limitados tanto en establecimientos CLAS como en no CLAS, sin que exista diferencias significativas en ambos modelos. Existe un nivel importante de usuarios no captados tanto en establecimientos CLAS como en establecimientos sin CLAS: Solo el 30% del total de usuarios sintomáticos respiratorios fueron captados para el examen correspondiente. Existe una proporción elevada de usuarios que declaran que no usan métodos de planificación familiar y no se les ofrece el servicio. Solo 30% de los acompañantes de los usuarios tuvieron acceso a algún servicio del establecimiento, lo que plantea una elevada proporción de oportunidades perdidas.

Existen indicios para sostener que algunos aspectos como la baja captación de la demanda potencial no está relacionada con el modelo de gestión sino con la dinámica de oferta de servicios y la aplicación de directivas de atención por parte de los trabajadores de salud. Esto revelaría un problema estructural de la forma como está concebida la atención al usuario.

Respecto al tema de las quejas, es resaltado por el estudio que el nivel alto de quejas que es más frecuente en establecimientos con CLAS podría explicarse en términos de un mayor empoderamiento de los usuarios o porque la administración compartida genera espacios para recibir quejas de los usuarios frente a los establecimientos sin CLAS. Las proporciones diferenciales de quejas también son abordadas en el estudio de la demanda efectiva. 30.5% de los usuarios de establecimientos sin CLAS de los estratos más pobres se quejan de que el personal de salud no cumple sus horarios en comparación con 9.7% de los usuarios en establecimientos con CLAS. En el mismo grupo de usuarios de mayor nivel de pobreza el 34% de los que acuden a establecimientos sin CLAS se queja de maltrato frente al 16% de usuarios en los establecimientos con CLAS. La percepción de eficacia también es mencionada: 34% de los usuarios de establecimientos sin CLAS se quejan de que el personal de salud no cura bien las enfermedades frente a un 14.3% en el caso de establecimientos con CLAS en el mismo estrato socio-económico.

Respecto a la accesibilidad económica a la atención y la equidad en el subsidio, los hallazgos del estudio de la demanda efectiva encuentra que el modelo de gestión no tiene relación con el pago efectivo declarado, pero si con la capacidad de pago declarada por los usuarios.

No se observan mayores diferencias en la proporción de no pagantes entre ambos modelos de gestión. En ambos casos los niveles de exoneración se encuentran alrededor del 66%. Tampoco se consignan diferencias en el número de usuarios indigentes que acuden a los servicios entre los establecimientos de cada modelo de gestión. Tampoco se encuentran diferencias marcadas en el monto de pago entre establecimientos con CLAS y sin CLAS. No se encuentra diferencias entre la percepción de precios entre los usuarios de ambos modelos de gestión. El estudio muestra evidencia de exoneración de pago a segmentos de la población que no requieren subsidio en ambos modelos. Sin embargo se observa una tendencia en aumentar el número de no pagantes en los establecimientos con CLAS de acuerdo al estrato de pobreza.

Es resaltado el hecho que cerca de que a pesar de que las normas o políticas centrales de atención en programas de salud establecen la gratuidad de las prestaciones, en la práctica tanto los establecimientos CLAS como no CLAS tienen tarifas para estas prestaciones, las que se pagan en cerca de la tercera parte de los casos.

El análisis de otras variables que podrían influir en el monto pagado indica que hay relación con las Direcciones de Salud más no con el modelo de gestión. Se observa también que en los establecimientos administrados por CLAS los usuarios que se presentan declaran mayores disponibilidades de pagos mayores que en los establecimientos sin CLAS.

Otros hallazgos referidos de estudios revisados

- Participación y rol jugado por mujeres en la co-gestión de servicios.- Las mujeres son el actor principal e todos los aspectos de cuidado de salud. Las mujeres mantienen mejor la motivación que los hombres y son mas persistentes en las gestiones
- Mejor preservación de la infraestructura y el equipamiento
- En algunos casos se ha visto un manejo de aspectos de equidad a través de:
 - ✓ Implementación de escalas tarifarias.
 - ✓ Identificación de usuarios a través de los miembros del CLAS.
- Desarrollo de bases de datos o padrones de usuarios (CLAS-San Francisco – Tacna). Los miembros CLAS o de miembros de organizaciones comunitarias identifican a familias en desfavorecidas y validadas por personal de salud. Otras experiencias son los CLAS 9 de Octubre (Iquitos) y Consuelo Velasco (Piura)

3.4 REVISIÓN DE EXPERIENCIAS INTERNACIONALES: EL CASO DE FUNDASALUD (VENEZUELA)

FUNDASALUD: Venezuela. – Este modelo opera en el Estado de Lara, en Venezuela. Al igual que en la administración compartida, la participación de la comunidad funciona a través de asociaciones civiles con diversos propósitos (educativas, culturales, de salud y otros servicios sociales, ambientalistas, etc.)

El marco legal es la ley de planificación y de participación de la sociedad civil en la gestión pública, aprobada en 1996. Sin embargo, ya a fines de los 80s, la Comisión para la Reforma del Estado (COPRE) promovía un proceso de descentralización con participación de la sociedad. En el marco de descentralización, el gobierno del Estado de Lara, a través del Decreto 078 en 1990, se creó la Fundación para la Promoción de la Salud (FUNDASALUD). FUNDASALUD es una institución pública que fomenta la progresiva incorporación de la sociedad civil en todos los asuntos públicos relacionados a la protección de la salud de las personas. Ella asume el rol es el de coordinador entre la sociedad y el Ministerio de Sanidad de Venezuela en el proceso de descentralización de la Salud en Lara. A través de FUNDASALUD, más de 600 organizaciones civiles participan en la administración de fondos públicos en programas y servicios tan diversos como hospitales, establecimientos de salud primaria, casas para ancianos, programas de vaso de vida (provisión de leche) para niños de bajos recursos y otros.

Algunas características del funcionamiento de FUNDASALUD:

- FUNDASALUD sirve como un facilitador de la participación civil. No interviene en la organización de la comunidad.
- FUNDASALUD provee solamente incentivos y apoyo institucional (financiero, técnico y legal) a las comunidades que participan en el programa. Solo aquellas comunidades con una tendencia fuerte a la participación conseguirán la incorporación y la persistencia.
- Las organizaciones deben cumplir con una serie de requerimientos relacionados a registro legal, la presentación una propuesta financiera y técnica para la participación en el establecimiento de salud, un periodo de prueba de 6 meses, una estricta rendición de cuentas administrativa mensual y un manejo gerencial transparente y con un espíritu participativo sin adherencia a ningún partido político.

Al igual que en CLAS la incorporación parcial de establecimientos de salud a FUNDASALUD es parcial por la dependencia de un estímulo externo.

3.5 ANÁLISIS DEL MODELO DE COGESTION CLAS

3.5.1.1 Aspectos Participativos

La calidad de la participación comunitaria es un aspecto bastante observado por quienes toman con reserva las ventajas propias del modelo. Altobelli (1999) hace en su informe una distinción entre co-gestión y participación comunitaria y establece que la primera no requiere involucramiento de toda la comunidad.

Para Rifkin, la participación comunitaria cubre rara vez las expectativas de los planificadores y profesionales de la salud en el mundo. La razón de ello es que la participación comunitaria ha sido concebida como un paradigma que ve en la participación de la comunidad una varita mágica para salvar los problemas enraizados tanto en la salud como en el poder político. Por este motivo, es necesario usar un paradigma diferente que ve la participación comunitaria como un proceso de aprendizaje iterativo permitiendo que se tome un abordaje más ecléctico. Hay una necesidad de expectativas más realistas de la participación civil en el manejo de servicios de salud.

Los hallazgos sobre la calidad de la participación dentro de los CLAS es reafirmada en los trabajos de Laura Altobelli. Ella concluye que los establecimientos con CLAS son más exitosos en conseguir involucramiento directo de la comunidad en actividades específicas que establecimiento sin CLAS.

Altobelli destaca también la mayor participación de mujeres en CLAS y el mayor rol del CLAS en evaluar necesidades comunitarias, establecer prioridades y planear actividades, decidir sobre manejo financiero y logística del modelo.

Taylor (1996) señala que cuando la gente participa en decisiones, formas innovativas de solucionar los problemas locales, más racionales y efectivas pueden ser encontradas.

Limitaciones en la Difusión de la Información. – El modelo vigente sustenta su diseño en el modelo de representación piramidal, en el cual la comunidad es organizada a través de sus organizaciones comunales y estructurales y estas, a su vez, representadas por sus líderes. Estos niveles de representación se incrementan al existir una Asamblea compuesta por parte de los líderes, la que a su vez elige a un consejo directivo el que, en último término, es quien realiza la interacción con los agentes externos. Este diseño determina que la información fluya Consejo Directivo – Asamblea de CLAS – Líderes Comunales – Organizaciones Comunales – Población lo que complica aún más la comunicación de información y la representación de los intereses y necesidades de la población. Esta situación se acentúa si no existe una estrategia de comunicación apropiada desde los servicios de salud.

Laura Altobelli establece que hay una necesidad por mayor representación en los CLAS de los miembros de la comunidad de sectores más desfavorecidos, especialmente en puestos de salud y propone que el jefe del establecimiento asegurara que por lo menos hay un miembro de sectores desfavorecidos de la comunidad (para asegurar representación de grupos menos favorecidos).

Espectro y extensión del ejercicio de funciones de gestión del grupo participante. – El diseño concentra la definición de funciones y responsabilidades en el Consejo Directivo. La Asamblea General solo se diferencia en 3 miembros de la composición del Consejo Directivo, por lo que no hay mayor diferenciación en las funciones ejercidas por sus miembros. Las funciones de control social del uso de recursos (aprobación de gastos, contratos y rendiciones de cuenta) dominan el ejercicio de la gestión de los miembros del CLAS dejando las funciones de planeamiento-monitoreo-evaluación, de control social de la calidad, de promoción de los servicios y otras a un segundo plano.

Hay una tendencia de los miembros electos de los CLAS por tener mayores competencias y de ser individuos involucrados en la comunidad.

Se menciona (Altobelli, 2000), que los CLAS funcionan mejor en los asentamientos urbanos marginales, donde los usuarios pueden pagar tarifas altas por los servicios recibidos, hay menos indigentes que requieren exoneración del pago, y el nivel de educación es más elevado, lo que proporciona una cantera de miembros comunitarios con aptitudes para la gestión. El mayor nivel de ingresos autogenerados para complementar las transferencias del Gobierno, permite a los CLAS urbanos contratar a más personal de salud, actualizar las instalaciones físicas y comprar equipamiento y suministros médicos, etc.

Una de las críticas que se han formulado a los CLAS ha sido la tendencia de algunos de ellos para desarrollar minihospitales con servicios clínicos y de laboratorio avanzados, mientras que prestan menor atención a asegurar la prevención y la promoción de los servicios dentro de la comunidad. Frente a esto aparecen los argumentos de brindar a la población una alternativa a las limitaciones existentes en el acceso al nivel hospitalario

Una instancia común en los modelos de FUNDASALUD y CLAS es la implementación de una unidad intermedia pública (FUNDASALUD) y privada (CLAS) como interfase para facilitar la relación Estado-Sociedad Civil.

La utilización del Programa de Salud Local y los contratos para como base para establecer las relaciones entre los actores ayuda a la transparencia y al manejo de los roles.

La representación a través de miembros mujeres y de grupos minoritarios y de los sectores pobres de la comunidad ayuda al desarrollo de mayor dinamismo y mejora el desarrollo de estrategias de mejoramiento de equidad.

Los resultados del trabajo de Vicuña sugieren que las comunidades son receptoras pasivas de los mensajes de salud y están lejos de ser los actores dinámicos de su propio desarrollo.

Sin embargo se resalta que en las áreas donde funciona el modelo CLAS hubo más reuniones en las cuales se trataron temas sobre la aparición de enfermedades en la comunidad. Ello podría reflejar el papel motivador, aun incipiente de los CLAS para la discusión de este tipo de tácticas.

La falta de información indica que los niveles de participación son incipientes.

El bajo conocimiento podría indicar que durante la etapa de convocatoria y el trabajo continuo no hubo comunicación con las bases.

Si considera las conclusiones del trabajo de Rojas, se cuestiona la legitimidad de la participación de la población de usuarios con pleno conocimiento de lo que son los CLAS en la elección de sus directivas, los CLAS no tendrían legitimidad.

Para Albotelli, hay tres características básicas que diferencian los establecimientos incorporados de los no incorporados tanto en CLAS como en FUNDASALUD:

- La presencia de líderes naturales en la comunidad que empujan la organización con visión y persistencia.
- La existencia de competencias para el manejo de recursos y la administración en las personas que forman la asociación.
- La disposición del coordinador médico, por el lado del establecimiento de salud, para aceptar la participación civil.

En el caso de CLAS, algunos cuentan con miembros que son profesores de colegios retirados, contadores u otros profesionales con tiempo y deseo para contribuir voluntariamente al bienestar de la comunidad. Los CLAS que han desarrollado un alto nivel de funcionamiento en corto tiempo son aquellos que tienen un médico altamente colaborador y motivado.

En el caso de Perú, hay una política implícita, no explícita en relación al rol de la sociedad civil en el sector público. El documento de política sectorial de salud (1996), identifica entre sus principios la reformulación de las relaciones entre el estado y la sociedad civil, la descentralización y la participación de la comunidad. A la fecha, los CLAS representa la única manifestación de modelos de provisión de servicios.

Para Altobelli (2000), en sí mismo, "el CLAS no representa participación comunitaria en asuntos de salud. Más bien, el CLAS actúa como un órgano que capacita y facilita la acción de la comunidad. Esta facultad, a su vez, crea un entorno favorable para que la comunidad pueda desempeñar un papel más protagonista de cara a las actividades y comportamientos de salud colectivos e individuales".

3.5.1.2 Cambios Favorables Obtenidos a través del Modelo.-

- Atención inmediata de los requerimientos de adquisición de bienes y servicios, que de otra manera tomaban mas tiempo
- Mayor difusión de información a la población sobre sus problemas de salud y la problemática Ibotelli (1998) sostiene que todo apunta la consolidación de la cogestión de los servicios de salud a medida que el programa persiste, no hay duda que las comunidades que participan en la cogestión serán reacias a retomar al sistema de

administración pública tradicional. Los cambios serán difíciles de revertir.

- Mejora de la Equidad.- Los miembros del CLAS conocen a la comunidad y están en condiciones de priorizar y compensar y atender sus necesidades

3.5.2 COMENTARIOS FINALES Y CONCLUSIONES

Ventajas del Modelo:

- Promueve la descentralización administrativa, incorpora elementos de la ley privada al sector pública y de esta manera ayuda a contribuir a la modernización de la administración pública.
- Considera espacios para el involucramiento de la comunidad y el control social de los servicios de salud.

Condiciones para Implementación y Sostenibilidad de la implementación del modelo. -

- Albotelli (1998) sostiene que todo apunta a la consolidación de la cogestión de los servicios de salud a medida que el programa persiste, no hay duda que las comunidades que participan en la gestión serán reacias a retornar al sistema de administración pública tradicional. Los cambios serán difíciles de revertir.
- Taylor opina que a menores restricciones puestas a la comunidad respecto a como participar, la mayor creativa que la comunidad se vuelve en identificar sus propios problemas y se vuelve la mas efectiva manera de lidiar con los problemas de su propio contexto.
- Actitud del Personal hacia la participación civil. - La sostenibilidad esta relacionada al grado con el cual el personal cree en el nuevo sistema de participación civil en el manejo de los servicios de salud y confía en sus decisiones.
- Representatividad de los miembros del CLAS y actitudes personalistas. - La comunidad demanda que los miembros no personalicen sus decisiones.
- Apoyo financiero. - La principal condición para el éxito de la cogestión de establecimientos de salud con la sociedad civil es el continuo apoyo financiero del gobierno, ya que estas poblaciones tienen que ser siempre y continuarán siendo necesitadas de subsidios de la atención de salud.

- La idea de que la participación de la sociedad civil conducirán a la independencia financiera de los servicios de salud no es nueva. El beneficio económico de la cogestión de servicios es el incremento significativo de la eficiencia en el uso de los recursos públicos como consecuencia de un incremento del uso, de la calidad y de la efectividad de la atención.
- Apoyo político. – La principal condición para el éxito de la cogestión de establecimientos de salud con la sociedad civil el continuo apoyo financiero del gobierno, ya que estas poblaciones tiene que ser siempre y continuaran siendo necesitadas de subsidios de la atención de salud.
- El apoyo político requiere manifestarse en términos de compromiso y transparencia por el lado del estado y en el mantenimiento de por lo menos niveles mínimos de financiamiento sin el cual el contrato entre el Estado y la Comunidad no puede ser manejado.
- Conceptualización de la participación comunitaria. – El poco entendimiento de la participación comunitaria es referido como una causa de poca aceptación de la misma en la toma de decisiones.

3.6 BIBLIOGRAFIA

1. Altobelli, Laura C. Comparative Analysis of Primary Health Care Facilities with Participation of Civil Society in Venezuela and Peru. Seminar: Social Programs, Poverty and Citizen Participation., Inter-American Development Bank. Cartagena, Colombia. March 12-13, 1998.
2. Altobelli, Laura C. Programa de Administración Compartida y Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) en el Perú. El Desafío de la Reforma en Salud: Alcanzando a los Pobres. El Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud. San José, Costa Rica. 24-26 Mayo 2000. Banco Mundial. 25 Pp.
3. Cortez, Rafael. Equidad y Calidad de los Servicios de Salud: El caso de los CLAS. Universidad del Pacífico. Lima, Perú. 1998
4. Ministerio de Salud del Perú / UNICEF. Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Organización y modelo de gestión local. El Programa de Salud Local. Perú 1996.
5. Sobrevilla Ricci, Alfredo. Evaluación Interna de la Administración Compartida. Serie de Informes Técnicos N°1. Ministerio de Salud. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Salud Básica para Todos – Administración Compartida. Lima, Perú. Enero 2000. 122 Pp.
6. Vicuña Olivera, Marisol; Julia Sonia Ampuero Vela y Juan Pablo Murillo Peña. Análisis de la Demanda Efectiva y su Relación con el Modelo de Gestión de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención. Serie de Informes Técnicos N°2. Ministerio de Salud. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Salud Básica para Todos – Administración Compartida. Lima, Perú. Enero 2000. 161 Pp.

7. Vicuña Olivera, Marisol; Julia Sonia Ampuero Vela y Juan Pablo Murillo Peña. Análisis de la Demanda Potencial y su Relación con el Modelo de Gestión de los Establecimientos de Salud y la Participación Comunitaria de los Líderes Comunales. Serie de Informes Técnicos N°5. Ministerio de Salud. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Salud Básica para Todos – Administración Compartida. Lima, Perú. Enero 2000. 245 Pp.
8. Vicuña Olivera, Marisol; Julia Sonia Ampuero Vela y Juan Pablo Murillo Peña. Modelo de Gestión del Establecimiento de Salud y la Participación Comunitaria de los Líderes Comunales. Serie de Informes Técnicos N°3. Ministerio de Salud. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. Salud Básica para Todos – Administración Compartida. Lima, Perú. Enero 2000. 94 Pp.