

7. PROPUESTAS DE AJUSTES AL MODELO CLAS Y PARA EL DESARROLLO DE OTRAS EXPERIENCIAS DE COGESTION EN SALUD

Nicolás Velarde Gonzales
Consultor en Gestión de Servicios de Salud

Afredo Sobrevilla Ricci
Consultor en Gestión de Servicios de Salud

Los capítulos anteriores han proporcionado conceptos, datos, evidencias e indicios que a manera de elementos de juicio pueden ser usados para el desarrollo de una propuesta de cogestión de servicios para el Ministerio de Salud y dentro de la cual se planteen ajustes al modelo de cogestión CLAS. El presente capítulo presenta y desarrolla la propuesta planteada a partir de los informes elaborados por los consultores miembros del equipo responsable del siguiente informe y que han sido presentados como capítulos anteriores.

Se presenta inicialmente, a manera de consideraciones iniciales, las recomendaciones obtenidas del análisis del modelo de cogestión CLAS y de la revisión de otras experiencias de cogestión, las mismas que son presentadas a manera de términos de referencia para el diseño y la sustentación las propuestas de ajustes al modelo de cogestión vigente. En un segundo momento se presenta la propuesta de ajustes para el modelo CLAS. Los cambios propuestos en el diseño, en los aspectos de implementación del modelo y de conducción de todo el proceso desde el Nivel Central son desarrollados presentando los comentarios respectivo respecto a los objetivos de los cambios propuestos, los beneficios que esperan obtenerse luego de su aplicación y los detalles a ser considerados en el diseño de los instrumentos de implementación de los ajustes. En un tercer momento se desarrollan los aspectos de cogestión y control social planteados para los hospitales locales que forman parte de la red de atención primaria y para hospitales de niveles superiores.

7.1 CONSIDERACIONES INICIALES PARA LA DEFINICIÓN DE CAMBIOS EN EL MODELO DE COGESTION

Es pertinente comenzar la siguiente exposición dejando sentado, a manera de consideraciones iniciales, un conjunto de definiciones sobre las cuales se sustentan en gran parte los cambios propuestos. Dichas definiciones iniciales han surgido como resultado de la revisión y discusión del marco conceptual y de las políticas de salud vigente. Sin embargo, no son parte explícita del discurso que se tiene en el Ministerio de Salud, tanto Nivel Central como los organismos regionales respecto al modelo CLAS. De allí que sea necesaria hacerlas evidente. Las mismas son parte de la propuesta y se

requiere que exista un consenso y aceptación respecto a ellas para hacer una apreciación adecuada de los ajustes e innovaciones planteados al modelo de cogestión del de servicios de salud.

7.1.1 Cambios propuestos en el enfoque de la cogestión: Redefinición de los objetivos, metas e indicadores de la implementación de la modelo de cogestión

A partir de lo mencionado en los documentos normativos sobre el modelo de cogestión CLAS, se entiende que el objetivo estratégico detrás de la implementación de los CLAS es la mejora de la cobertura y la calidad de atención en los servicios de salud del MINSA. Por tanto, la implantación de la cogestión de los de servicios de salud estatales responde a un enfoque utilitario dentro del cual los beneficios que pueden obtenerse de la participación social son procurados a fin de incrementar la probabilidad de lograr los objetivos sectoriales.

Dos limitaciones pueden ser reconocidas al desarrollo obtenido de la participación social, y particularmente de la cogestión, como medio para alcanzar los objetivos de los programas sociales:

- La disposición de las autoridades locales para promover la cogestión dependerá de cuales sean las capacidades locales existentes en la población para involucrarse en la gestión de servicios y que tan evidentes sean los aportes de la cogestión. Ya ha sido mencionado que el modelo de cogestión CLAS no ha mostrado resultados "tan convincentes" en comunidades rurales y las poblaciones de las zonas de menor desarrollo económico donde la posición de crítica a los aportes modelo es asumida por algunas autoridades de salud local. A ello debe sumarse que poco se ha avanzado en términos de reorganización de los servicios de salud y desarrollo de capacidades para la gestión en los últimos años mas allá de los aportes locales obtenidos por las ventajas propias del modelo de administración compartida. Como si fuera poco, además de una definición clara de los criterios de evaluación del logro de los objetivos de la implementación del modelo CLAS, a la implementación del Programa de Administración Compartida le ha faltado el desarrollo de un mecanismo adecuado de monitorización y seguimiento de la evolución de las asociaciones CLAS, situación que no ha podido ser revertida a pesar de los esfuerzos del equipo técnico del Nivel Central. Por tanto, la información transmitida desde el Ministerio de Salud sobre los aportes de la cogestión es limitada. Bajo estas condiciones es difícil mantener el apoyo político que requiere la cogestión en todas las etapas de su desarrollo. Si el beneficio de la cogestión no es tan evidente, será difícil involucrar a todas las personas necesarias.
- El desarrollo de la participación social con un enfoque utilitario, bajo las condiciones actuales, en que el enfoque de atención de salud no consigue alcanzar la integralidad que se preconiza desde el nivel central y en el cual los aspectos de promoción de la salud de la gestión sanitaria local no están debidamente estructurados, restringirá las posibilidades de que los servicios

de salud evolucionen hacia formas de organización y operación que respondan a las dinámicas locales.

Se propone un giro del enfoque de la promoción de la participación social como una estrategia para mejorar los servicios, hacia un enfoque principista, en el cual su implementación es promovida como parte de una estrategia en la que está envuelto Ministerio de Salud para formar capacidades locales de generar el desarrollo sanitario a partir de los recursos disponibles a nivel local y para reforzar el capital social local que pueda revertir luego en otros aspectos del desarrollo local. Esto significa que, además de aprovechar las ventajas propias de la cogestión, se procurará que las poblaciones locales sean capaces de asumir un rol protagónico en el manejo de sus problemas sanitarios, y no sean básicamente dependientes de la iniciativa estatal.

Como es de esperarse, el cambio de enfoque supondrá también una redefinición de los objetivos de la implementación de la cogestión. El objetivo de la cogestión se enunciaría ahora en términos de hacer que las comunidades y sus ciudadanos estén envueltos en iniciativas locales para el manejo de las necesidades locales y del logro de mejores niveles de salud; y de que los recursos existentes a nivel local, tanto los asignados por el Estado como los disponibles en la misma sociedad sean aprovechados para tales fines. El cuadro N° 22 presenta la propuesta de nuevos objetivos y estrategias formulados para el modelo de cogestión.

Cuadro N° 22: Objetivo y Estrategias de la Cogestión y el Control Social de los Servicios

El estado reconoce los beneficios de la participación de la sociedad en la implementación de programas de asistencia social y de desarrollo humano y promueve el desarrollo de ciudadanía a través de la implementación de mecanismos de cogestión y control social para los servicios públicos.

En el marco anterior, el objetivo de la implementación de la cogestión de los servicios de salud es el de *hacer cumplir el derecho y el deber que tienen las comunidades y sus ciudadanos, de estar envueltos en iniciativas locales para atender las necesidades de salud más urgentes y alcanzar mejores niveles de salud; y de que los recursos del Estado y los existentes a nivel local sean invertidos en las mismas.*

Para alcanzar este objetivo, el Ministerio de Salud tiene como estrategias y modalidades:

- La implementación de Programas de Salud Local (PSL) formulados a nivel local para atender las necesidades más urgentes y las prioridades nacionales y regionales de salud cogestionados con las personas e instituciones locales
- La asistencia técnica a las localidades en la formulación de su diagnóstico de salud, la formulación e implementación de sus programas de salud local y en la elaboración de proyectos para mejorar los servicios de salud.

Si bien la declaración de los objetivos para la implementación del modelo de gestión anterior está redactada en términos principistas, no por ello deja de contener los elementos básicos para definir las metas, las estrategias, las actividades y los indicadores de éxito de la misma. En términos operativos, el objetivo de desarrollar iniciativas locales con participación de las instituciones locales se traduciría en la cobertura de establecimientos en los que se han instalado los mecanismos de gestión. Sin embargo es la formulación y la puesta en marcha de los Programas de Salud Local (PSL) resultado de la dinámica de planeamiento y toma de decisiones compartidas a nivel local así como el financiamiento por el Ministerio de Salud y complementación con recursos locales, los que hacen evidente para fines prácticos harían evidentes el cumplimiento de los objetivos de la gestión. Bajo estos términos, las metas de implementación del programa serían entonces:

- Número de localidades o extensión de localidades que cuentan con un diagnóstico de salud que realmente refleje las necesidades que requieren ser atendidas con mayor urgencia basadas en información y estimativas locales (y no meramente las estadísticas sobre mortalidad y morbilidad basadas en estadísticas regionales de servicios) y cual es el nivel de solución del problema que espera ser alcanzado.
- Número de localidades o extensión de las localidades para las que se desarrolla un PSL gestionado de manera participativa con las autoridades e instituciones locales..
- Número de localidades o extensión de las localidades en las que se desarrollan proyectos para el control de alguna situación que condiciona los problemas de salud diagnosticados y complementarios a la prestación de servicios por la red del Ministerio de Salud

En el marco del cambio de enfoque expuesto, se propone que el criterio de evaluación de impacto de la implementación del programa se exprese en términos del número de comunidades que han migrado su perfil sanitario o diagnóstico inicial al final de un periodo de mediano plazo (que podría seguir siendo los 3 años de duración del contrato de administración compartida del modelo de gestión vigente).

Por lo tanto, el cambio de enfoque dado a la implementación de la gestión debe ser seguido de un cambio en el discurso a fin de facilitar la generación de consenso de que no se trata solamente de hacer que los servicios de salud respondan mejor a las necesidades locales, ni que resulten más equitativos o más eficientes – estos, como ya se manifestó son beneficios o ventajas de la gestión – tal cual ha sido el mensaje asociado al enfoque anterior, o el de “democratizar los servicios de salud” estatales como podría desprenderse de un discurso retórico. Más allá de eso, lo que se pretende es fortalecer las instituciones locales y las comunidades e involucrarlas al logro tanto de los objetivos que responden a las necesidades locales como de los planteados por las prioridades nacionales y regionales.

Finalmente, la principal asunción planteada como ventaja de este cambio de enfoque es que en el horizonte más cercano, podría esperarse una transformación de los servicios de salud estatales a un estado a partir del cual fuera menos complicada su inserción a un modelo de gestión descentralizada

hacia el cual las tendencias de las reformas en curso están empujando al Estado peruano y en el cual los municipios serían finalmente los responsables del manejo del desarrollo local.

7.1.2 Establecimiento de la cogestión como parte de una Política de Estado: Marco normativo especial para la cogestión y articulación de actores intersectoriales

Tal como se ha presentado en la revisión de otras experiencias de cogestión, salud no es el único sector en el que se plantean estrategias participativas en la gestión y el desarrollo de servicios. El cambio de enfoque de una lógica utilitaria a una lógica de principios, trae consigo una segunda decisión que debe ser asumida y que no abarca solo al MINSA y a su red de servicios: los principios invocados en la implementación de la cogestión van más allá que el espectro de las políticas que ellos sostienen. Ellos no se vuelven menos válidos para otros sectores que desarrollan programas sociales. En último caso, los problemas manejados por otros sectores son también condicionantes del estado de salud de los grupos poblacionales que los aquejan y en una visión de salud integral, no es posible un manejo de los problemas sanitarios sin incidir en los primeros. No hay una razón válida para que el re-enfoque de la cogestión no envuelva, por lo menos, otros sectores que desarrollan programas o proyectos que atienden necesidades locales.

En virtud de lo anterior, cabe considerar que más que solo un rediseño de la cogestión de los servicios del MINSA, el cambio de enfoque de la participación social propuesto en el punto anterior, trae irrenunciablemente, la necesidad de que otros sectores con programas afines al quehacer del MINSA introduzcan mecanismos participativos en la gestión de sus servicios. Se hace evidente, pues, que la cogestión debería ser asumida como una Política de Estado dentro de la cual, cada sector puede optar por el modelo que sea más adecuado a los programas y servicios que desarrolla, pero de la cual no puede hacer "oidos sordos". La modalidad que puede tomar la cogestión puede variar entre diferentes alternativas y la agenda detrás de su implementación pueden ser sumamente flexible. Aquello debe tomarse en cuenta pues la complejidad del tema no constituye una determinante para no asumir que la implementación de la cogestión se convierta en una Política de Estado.

Por lo tanto, la primera decisión que se debe tomarse al respecto es cuántos sectores o cuáles programas dentro de dichos sectores deberán estar envueltos en la implementación de la política de cogestión de servicios. Una alternativa para facilitar este manejo, es que sea el Sector Salud el que en el marco de sus estrategias para manejar las prioridades sanitarias nacionales y bajo el enfoque de Promoción de la Salud, señale los sectores o los programas y servicios envueltos.

Una segunda decisión a tomar, es cuántos servicios de salud serán involucrados en el desarrollo de mecanismos cogestionarios. La atención del derecho y el deber del ciudadano a estar envuelto en iniciativas locales y de que los recursos del Estado obren al servicio de esas iniciativas no deja de ser menos cierta para los usuarios de los servicios del Instituto Peruano de Seguridad Social o para los servicios financiados por las Sociedades de Beneficencia Pública o para los servicios de salud municipales. Nuevamente cabe señalar que la asunto del tema no exige que sea encarado y que la modalidad que tome la cogestión y la agenda para su implementación pueden ser manejadas de la manera más adecuada por los responsables de cada institución.

Las consideraciones expuestas, dejan sentado que el cambio de enfoque para la implementación de la cogestión y la subsiguiente introducción de cambios en el modelo vigente, tiene que ser acompañada de un replanteamiento del apoyo político que los cambios propuestos requieren que va más allá de los mensajes emitidos desde la Alta Dirección del MINSA. Un replanteamiento del marco normativo se hace indispensable a fin de que se cuente con suficiente respaldo legal a las propuestas actuales y a otras que pudieran desencadenarse. Por lo tanto, se propone que la implementación del marco normativo para el nuevo modelo de cogestión del MINSA sea asumido como parte de un esfuerzo por definir el marco normativo para la participación social en los programas y servicios a cargo del Estado.

7.1.3 Necesidad de Ajustes Complementarias al modelo de gestión de servicios; Desarrollo de tecnologías para la gestión y de generación de capacidades gerenciales locales.

Una tercera condición sobre la que debe asegurarse consenso de ponderar el nivel de ajustes a realizarse en el modelo de cogestión vigente del MINSA es respecto a los ajustes que deben realizarse tanto en los aspectos de organización y operación de los servicios de salud, como en la forma en que se desarrollan los procesos gerenciales en las unidades de salud.

No es posible esperar obtener las ventajas de la participación de la sociedad en la gestión de los servicios si no se introducen cambios en las prácticas de gestión de servicios mismas.

Los cambios que se desprenden del nuevo enfoque implican, por tanto, que la preocupación del Ministerio de Salud y especialmente de las autoridades de salud a nivel regional y local no se restringiría solo a la implementación de los procedimientos de la cogestión en sí, sino más allá de eso, se extendería a generación de capacidades locales para el desarrollo sanitario y a la monitorización de este proceso. En este sentido, el cambio de enfoque resulta crítico para el quehacer del Ministerio de Salud en dos aspectos: (a) la capacitación para las personas envueltas en la cogestión a nivel local dejaría de constituir una etapa de su implementación, y se transformaría en una de las actividades centrales del funcionamiento de la cogestión en sí: el desarrollo de competencias se convierte en una actividad de mayor importancia dentro del Ministerio de Salud; y (b) el manejo de los problemas de locales asociados al desarrollo local y que inciden en la salud se agrega al conjunto de metas que forman parte de las metas sectoriales tanto en los niveles central como regionales y locales.

Por lo tanto el Ministerio de Salud tiene que instalar para sí la capacidad para el diseño de tecnologías de gestión y metodologías de capacitación a fin de fortalecer capacidades locales para el diagnóstico sanitario local, la formulación de planes locales y su implementación. organizar dentro de sí (b) En segundo lugar,

Un aspecto inicial es ver la organización del modelo de cogestión en dos dimensiones:

- Como parte de una política de Mejoramiento Gerencial en la que. Ello implica que no es posible esperar un mejoramiento en la cogestión sin cambios en las prácticas o formas de gestión. Implica cambios en el modelo de gestión de servicios.
- Como parte de una política de estado de formación de ciudadanía donde el empoderamiento es procurado como una estrategia para propiciar el involucramiento ciudadano en el desarrollo local, y dentro de ello en el desarrollo sanitario. Se procura aprovechar el capital social y fortalecerlo.

7.2.1 Separación de la Función de Control Social de la Función de Cogestión: La implementación de los Cabildos Abiertos para temas de Salud.

Tal como se sustentó en el marco conceptual (Aspectos Gerenciales de la Cogestión de los Servicios), la cogestión y el control social son dos espacios participativos diferentes en la gestión de los servicios. El control social de los servicios regula indirectamente el desempeño de las instituciones públicas a través de los cuatro mecanismos identificados (estos son: la "veeduría" –visación o chequeo-, la aprobación de rendiciones de cuenta, la canalización conjunta de reclamos y quejas individuales y la definición de sanciones) sin involucrarse directamente en sus operaciones, en tanto, en la cogestión, la participación incide en los planes operativos y en las operaciones de las instituciones.

En el modelo actual, la asociación civil CLAS es el espacio principal en el que se representan las funciones de representar los intereses de la población en la gestión de los servicios. Tal como está diseñado, en el modelo actual, la población elige al CLAS y prácticamente "le delega" la función de tomar todas las decisiones y de ejercer el control social de los servicios. Se asume que el CLAS informa a la población sobre la gestión que realiza de manera que las limitaciones de representación derivadas de la designación de los siete miembros sean reducidas y que hayan opciones adicionales de control social y de mayor participación de otros actores sociales. Sin embargo, este mecanismo de rendición de cuentas no está convenientemente desarrollado, de manera que la participación en la cogestión y el control social tienden a concentrarse en el CLAS.

Se propone separar el rol de control social de las funciones asignadas al CLAS y estructurar un espacio participativo diferente que concentre dichas funciones. Así, en los ámbitos donde funcionan los CLAS, el control social se desarrollaría en los "cabildos abiertos" convocados por el o los alcaldes distritales de los municipios en los que el CLAS tiene su ámbito de salud asignado. El marco normativo propuesta para el nuevo modelo de cogestión establecería la convocatoria de "cabildos abiertos" para discutir los aspectos de gestión sanitaria a nivel local como una responsabilidad de los alcaldes distritales. Los "cabildos abiertos" para salud tendrían lugar tres veces al año para discutir diferentes aspectos: (a) la discusión del diagnóstico de salud local, las prioridades de atención local y

las políticas y estrategias locales para mejorar el acceso a servicios de salud a ser implementados en el Programa de Salud del año siguiente; (b) la evaluación del avance en la ejecución del Programa de Salud Local del año en curso; y (c) la aprobación del Programa de Salud Local del año siguiente, luego de los ajustes respectivos en función al presupuesto finalmente asignado al CLAS y la evaluación de la gestión realizada respecto al Programa de Salud Local del año que ha finalizado.

Los cabildos abiertos para temas de salud serían convocados durante períodos definidos en la normatividad de que reglamenta el modelo de cogestión, de manera que pueda tener lugar a un proceso de planeamiento de abajo hacia arriba en tiempos adecuados (ver Tabla N°.). De esta manera, se podrían producir presupuestos regionales que sean posteriormente remitidos al Nivel Central como parte del proceso de formulación del presupuesto sectorial a ser aprobado por el Congreso. El primer cabildo abierto tendría como agenda la definición de programa de salud local (PSL) y sería realizado entre los meses de marzo y abril a fin de que la propuesta de PSL sea remitida a las Direcciones de Salud para la preparación oportuna del presupuesto regional a ser solicitado. En esta misma reunión se discutiría el diagnóstico de situación de salud local elaborado por el personal de los servicios de salud y se definirían las prioridades sanitarias y políticas de atención para el ámbito del CLAS en función a las pautas y directivas provenientes desde el Nivel Central y las provenientes del Nivel Provincial.

Los cabildos abiertos para temas de salud serían convocados por los alcaldes distritales. En los distritos extensos y populosos donde funcionen más de un CLAS, se organizará un solo cabildo abierto cuyas conclusiones y decisiones serán observadas por los CLAS que operan en el distrito. En el caso de áreas poco populosas o de poblaciones dispersas en los que el ámbito de un CLAS abarque más de un distrito, el cabildo abierto será de tipo interdistrital. En tales casos, la convocatoria a cabildo será mediada por el Alcalde Provincial y los municipios distritales tendrán igual representación a través de sus alcaldes o regidores. Las diferencias que pudieran surgir serán resueltas por votación y los votos dirimientes corresponderán al representante del Alcalde Provincial.

La reunión sería abierta a todos los asistentes que deseen participar libremente. Todos los asistentes participarían con voz, sin embargo, las decisiones serían tomadas por un mecanismo representativo. El mecanismo de votación propuesto, que sería establecido por la normatividad específica para la cogestión establecería que las organizaciones presentes a través de sus representantes tendrían un voto. Las personas asistentes libremente y no como parte de las organizaciones convocadas, estarían representadas por el Alcalde o Regidor designado para tal fin, por lo que un mecanismo de consulta simple a los asistentes libres debería tener lugar antes de tomar cada decisión de manera conjunta. Las conclusiones de la reunión son luego sometidas a aprobación, a fin de que el CLAS reciba una comunicación objetiva de las necesidades y expectativas locales que deben ser cubiertas en la formulación del PSL.

Tabla N° 15: Propuesta de Programa de Convocatoria de los Cabildos Abiertos para Temas de Salud.

Número de Cabildo	Periodo de Convocatoria	Agenda a Tratar
1er Cabildo Abierto para temas de Salud	Marzo – Abril	<ul style="list-style-type: none"> • Rendición de Cuentas de la Gestión del Año Anterior. • Discusión del Diagnóstico Situacional • Definición de prioridades y políticas de salud para el año siguiente.
2do Cabildo Abierto para temas de Salud	Agosto – Setiembre	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación del Avance en la Ejecución del Programa de Salud Local. • Rendición de cuentas de los avances en las prioridades asignadas para el año en curso.
3er Cabildo Abierto para temas de Salud	Noviembre - Diciembre	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación del Programa de Salud Local a ser Desarrollado el Año siguiente. • Definición de proyectos locales a ser gestionados. • Conformación de Comisiones de Trabajos.

Las conclusiones de cada cabildo abierto, serian remitidas, luego de un plazo de una semana, a la Dirección de Salud, de manera que pueda tomarse conocimiento adecuado de las decisiones tomadas a nivel local y pueda posteriormente contarse con criterios adecuados para evaluar el proyecto de PSL elaborado por el CLAS en las siguientes semanas.

7.2.2 Modificaciones en la Composición y Funcionamiento de los CLAS: Convocatoria Municipal, Incorporación de otros actores sociales y modificación del grupo directivo.

En el modelo CLAS actual el espacio de cogestión está constituido por 7 miembros, seis de los cuales proceden de organizaciones comunales vinculadas principalmente a las actividades de salud. Una vez constituido el CLAS, a la Asamblea General les corresponde realizar decisiones mayores actuando a manera de un grupo consultivo. Las decisiones operativas y corrientes son realizadas por un grupo decisorio, el Consejo Directivo, conformado por 3 a 4 personas (dependiendo del Estatuto propio de cada CLAS el Gerente es miembro o no del Consejo Directivo).

Tal como se expuso anteriormente, el modelo actual tiene como restricciones, que el nivel de representación del grupo consultivo es muy reducido. Esta situación se acentúa cuando los ámbitos de salud tienden a incluir varios centros poblados.

En el modelo CLAS actual las personas que conforman la asociación CLAS, si bien son provenientes de organizaciones locales "vinculadas a la salud y el desarrollo", en el momento de constituirse como miembros del CLAS lo hacen a título personal, de manera que sus organizaciones pierden poder para manifestar sus propios intereses y necesidades. La persona designada solo puede ser reemplazada al terminar su ejercicio como asociado o en caso de ser objeto de una sanción al faltar al estatuto que rige para el CLAS. Si el miembro de CLAS abandona su organización de origen, no pierde su condición de asociado.

La denominada "designación a nombre del MINSA" y "designación por parte de la comunidad", ya comentada tenía su origen en un supuesto errado de que las personas pueden representar intereses de instituciones de la que no forman parte y que no conocen. Mas allá de un mecanismo para retener el control del CLAS, corregir deficiencias y un estímulo para la manipulación de las decisiones, bajo el enfoque que se pretende dar al nuevo modelo, de promover el fortalecimiento del capital social local, no constituye una ventaja y es susceptible de ser modificado. La recomendación es que no exista ninguna participación del Ministerio en la designación de las personas que participarán en la cogestión de los servicios. Al respecto, el proceso de conformación de los CLAS, hasta fecha reciente ha correspondido a las Direcciones de Salud. Los gobiernos locales han tenido una participación marginal en este proceso. Tal como se comentó anteriormente, el principal motivo para sustentar la exclusión de los municipios fue el riesgo de "politización de la gestión de los servicios de salud", es decir, la apropiación de la asociación por personas cuya designación haya sido direccionada por las autoridades locales a fin de utilizar los servicios con fines políticos. Tal riesgo se encuentra aún presente, sin embargo, en el marco del nuevo modelo de cogestión se están planteando otros mecanismos para que los espacios y mecanismos de participación no puedan ser manipulados tanto desde el lado de las autoridades de salud como desde el lado de las autoridades civiles.

Actualmente se ha dispuesto que el proceso de conformación de CLAS se realice a cargo de las municipalidades, pero no resulta aún claro como se manejarán algunos aspectos propios de la dinámica de cogestión. El interés de las autoridades locales de tener participación en el proceso de promoción de la cogestión de los servicios ya ha sido comentado anteriormente.

Otra observación planteada respecto al modelo vigente, es que la organización de dos instancias de toma de decisiones, planteada desde el marco conceptual llega a ser artificial en la práctica. No existe una diferencia significativa entre la conformación del grupo consultivo y el grupo decisorio, pues el Consejo Directivo está formado por casi el 40 a 60% de los miembros de la Asamblea. Si se considera que en ocasiones no es posible conseguir asistencia plena de los miembros de la Asamblea, podría afirmarse que en la práctica es el Consejo Directivo el que realmente asume todas las funciones y toma todas las decisiones que corresponden a la cogestión.

Se propone un conjunto de cambios en el mecanismo de conformación y renovación, en la composición y en el funcionamiento del CLAS con el fin de incrementar su nivel de representatividad, enriquecer el abordaje integral de promoción de salud con la participación de otros actores sociales de la localidad y cierto nivel de especialización de las funciones al interior del CLAS con el objeto de fortalecer el desarrollo institucional del CLAS en si mismo. Los cambios que se proponen son los siguientes:

- a) Incrementar el número de miembros del CLAS de 7 a un número flexible entre 10 a 15 miembros dependiendo de la extensión del ámbito, la cantidad de población, la variedad de grupos a ser representados y la necesidad de incorporar a grupos críticos en el abordaje integral de la salud.

b) Cambiar la composición del CLAS a fin de incorporar otro tipo de organizaciones y actores vinculados al desarrollo local. El modelo de composición propuesto es el siguiente:

- 2 miembros de los gremios productores locales (dependiendo de las localidades estos representantes corresponderían a empresarios locales, sean pequeños o grandes, asociaciones de productores, agricultores, pescadores, etc.)
- 3 a 5 miembros de las organizaciones comunitarias vinculadas a salud y desarrollo (comedores, clubes de madres, vasos de leche, comités de salud de la localidad, ONGs locales, etc.)
- 1 representante del municipio local (en caso de que el ámbito incluya a 2 municipios, se trataría de 1 representante por cada municipio).
- 1-2 miembros de las agrupaciones religiosas de la localidad.
- 1 representante de las asociaciones de padres de familia de los centros educativos existentes en el ámbito de salud.
- 1 representante de los trabajadores de salud de los establecimientos a ser administrados por el CLAS
- 1 representante de las organizaciones campesinas y nativas (en donde se encuentren tales organizaciones).
- El responsable del establecimiento sede del CLAS, quien asume el cargo de Gerente de Servicios de Salud.

c) Asignar a las municipalidades provinciales la responsabilidad de organizar y renovar los CLAS con ámbitos de salud dentro de su territorio.

d) Modificar el mecanismo de elección y designación de miembros de CLAS a fin que la conformación de los CLAS a cargo de los municipios sea transparente:

- Establecer un registro de manejo provincial de organizaciones locales a partir del cual se inviten a las organizaciones que conformarían el CLAS.
- Modificar la condición de representación a título personal que tienen miembros del CLAS y convertirlos en delegados acreditados de las organizaciones locales a las que representan.

e) Cambiar la organización y funciones de los cargos directivos del CLAS. Se sugiere que la Asamblea General, que seguiría siendo el órgano consultivo que sesiona periódicamente, bimestral o trimestralmente, elija un Consejo Directivo o Junta Directiva formada por 5 miembros. Los miembros directivos serían los siguientes: (a) Presidente, (b) Secretario, (c) Vocal de asuntos administrativos, (d)

Vocal de participación comunitaria, (e) Vocal de atención al usuario. El responsable del establecimiento sede del CLAS al igual que en el modelo vigente participa en las reuniones de la Junta Directiva o Consejo Directivo y tiene voz y voto en las reuniones del mismo.

Respecto al incremento en el número de miembros del CLAS, puede decirse que el tamaño de la Asamblea de CLAS no debe ser excesivamente grande como para dificultar la realización de asambleas ordinarias y extraordinarias de los asociados. Considerando que se procurarán conformar ámbitos de más de un establecimiento, un número de 15 personas duplicaría la capacidad de representación actual del CLAS sin perjudicar la dinámica de toma de decisiones.

Respecto al cambio propuesto en la composición del CLAS, es conveniente mencionar que la propuesta agregaría al modelo de cogestión las siguientes ventajas:

- La transición progresiva de la cogestión restringida al concepto de participación comunitaria (predominio de organizaciones comunales de sobre vivencia como los vasos de leche, clubes de madre y comedores que tradicionalmente han sido los grupos más fuertemente han participado en salud) al enfoque de participación de la sociedad a través de sus diferentes instituciones (manifestado por la inclusión de otros tipos de instituciones como las organizaciones religiosas, los gremios productores y el municipio).
- La incorporación del enfoque de desarrollo a la cogestión de servicios de salud a través de la inclusión generalizada de participantes del sector educativo y de los grupos productores locales.

Los cambios propuestos con la diversificación de la composición del CLAS están orientados a obtener dos ventajas:

- El fortalecimiento del enfoque de promoción de la salud del nuevo modelo atención a través de otros actores envueltos en actividades vinculadas a otros determinantes del desarrollo local (sector educación y grupos productivos)
- La obtención de mayores relaciones entre la gerencia de los servicios de salud con las redes sociales existentes y la posibilidad de mejorar la captación del capital social a favor de la atención de la salud a nivel local.
- La posibilidad de articular las iniciativas desarrolladas como parte del programa de salud local con las actividades planteadas por las MCLCP distritales que pudieran generarse en el ámbito administrado por el CLAS.

En cuanto a la propuesta de inclusión de un miembro de los trabajadores de salud. -Desde los primeros informes de Carl Taylor, los trabajadores de salud han representado un grupo de gran resistencia a los cambios producidos por la cogestión. La inclusión de una representación de ellos en el Comité podría reducir dicha resistencia. Adicionalmente, se espera que con la inclusión de metas institucionales a la gestión de los servicios los temas del desempeño institucional se vuelvan más relevantes y el punto de vista de quienes prestan los servicios (que no necesariamente es provisto por

quien asume la función de gerente) pueda ser importante en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos asignados a la atención de salud a nivel local.

Con respecto a la participación de los gobiernos locales en organización de los nuevos CLAS y en la renovación de los ya existentes, es necesario sustentar por qué se propone que esta sea una responsabilidad de los municipios provinciales, en tanto que se deja a los municipios distritales la organización de los cabildos abiertos. Conviene precisar que existe un proceso de reorganización de la red de servicios de salud que aún sigue pendiente. Es de amplia aceptación entre los diferentes equipos técnicos que existen en el Ministerio de Salud, que no es posible desarrollar niveles eficientes de operación con establecimientos que funcionen de manera independiente. Con el fin de obtener un máximo rendimiento de los recursos humanos y materiales, la agrupación de establecimientos de ámbitos vecinos con necesidades de atención de salud similares y que comparten dinámicas sociales y económicas en sistemas locales de salud o "microrredes" con el objeto de que compartan un mismo equipo de gestión y los mismos sistemas de apoyo asistencial y administrativo es una estrategia ampliamente discutida y con una agenda de implementación pendiente. En algunos casos, la articulación funcional de establecimientos no corresponde a los límites políticos de la demarcación distrital. Por tanto, existe mayor posibilidad de tomar decisiones respecto a la definición de los ámbitos de salud que compartirán recursos en un nivel superior al de los gobiernos locales distritales.

En segundo lugar, puesto que en el proceso de redefinir los ámbitos de salud es necesario un acompañamiento técnico de las Direcciones de Salud y una monitorización del proceso por parte del Nivel Central, un manejo a nivel de gobiernos provinciales facilitaría la dinámica y permitiría asegurar los recursos que dicha asistencia técnica requiere

El cambio en el régimen de representación tendrá como ventaja que se fortalecerá el nivel de rendición de cuentas de cada miembro a su respectiva organización. Asimismo, esta modificación fortalecerá el nivel de representación y participación que tendrían las organizaciones en el ejercicio de la cogestión. Cada organización que tiene representación en el CLAS tendría la atribución de revocar de sus posiciones a sus delegados cuando los miembros de la primera consideren que sus delegados no han representado convenientemente sus intereses.

Salvo un representante de los trabajadores de salud y el Gerente, el resto de los miembros del CLAS son vecinos de las comunidades o son miembros de las organizaciones existentes en el ámbito de salud asignado al CLAS.

La representación de los grupos socialmente excluidos es un problema que no consigue resolverse por medio de una representación en el CLAS. Sus intereses estarían transmitidos en el diagnóstico de salud local y por su participación en los cabildos abiertos. Ellos pueden organizarse e inscribirse a fin de participar como organismo durante el proceso de conformación de los CLAS.

7.2.3 Modificación en los Instrumentos de Gestión y ajustes en el Modelo General de Gestión de Servicios de Salud

El incremento de tareas gerenciales no se correspondió necesariamente con una organización y desarrollo adecuado de los sistemas de soporte gerencial al interior de los CLAS. A ello se agrega que los CLAS dejaban de recibir el soporte administrativo del Ministerio de Salud y debían desarrollar sus propios sistemas administrativos. Los fondos manejados directamen

La propuesta incluye:

- a) Introducir incentivos y penalidades en los acuerdos de gestión. - Se sugiere que en el Nivel Central se refuercen las iniciativas de mejoramiento continuo de los Acuerdos de Gestión suscritos con la DISA. El adecuado funcionamiento de estos Acuerdos de Gestión intrainstitucionales requerirá la definición explícita de incentivos y penalidades, sean de carácter económico u otros, de acuerdo al cumplimiento nulo, parcial o total de los Acuerdos de Gestión firmados.
- b) Modificar el Programa de Salud Local
- c) Modificaciones en la Política de Manejo de Recursos Humanos del Ministerio de Salud. -
 - Establecer un sistema de incentivos para el personal de salud que se desempeñe en zonas de menor acceso, con mayores niveles de pobreza.
 - Incluir en el presupuesto asignado al CLAS un monto de bonificación para el personal de salud de carácter trimestral condicional al cumplimiento de las metas establecidas por el Programa de Salud Local.
 - Establecer un programa de asistencia técnica para organización de los sistemas de soporte administrativo para las redes administradas por CLAS. Dicho programa incluiría no solo la organización de los sistemas administrativos que dan soporte a las microrredes administradas por CLAS, sino la capacitación del personal disponible en la actualidad para mejorar su desempeño.
 - registro de manejo provincial de organizaciones locales a partir del cual se inviten a las organizaciones que conformarían el CLAS.
- d) Articulación de las Farmacias. -
 - Una de las primeras acciones que se recomienda tomar es unificar el stock de medicamentos de PACFARM, del establecimiento y del S.I.S. a fin de hacer un uso más racional y eficiente de recursos. Dado que la administración del establecimiento incorpora también la administración de la farmacia, es conveniente y coherente que el CLAS tenga también bajo su responsabilidad la administración de todo el servicio de farmacia y no sólo un segmento de ella. En la medida que los procesos técnicos que DIGEMID ordena en el nivel

operativo se orientan fundamentalmente a la **administración** de los recursos de farmacia, recae también en el CLAS la potestad de administrarlo bajo la normatividad privada. Es decir, que el CLAS, al ser el responsable de la administración de los recursos³⁴ pueden hacer disponer del total de stock de medicamentos para hacer viable la atención de las personas cuando lo necesiten. El régimen privado permitirá romper el actual monopolio que está ubicado en la DIREMID para en lo referido a la adquisición de medicamentos. En tal virtud, recién podrá exigirse a los CLAS la existencia permanente de un stock de medicamentos que garantice la atención integral de salud de acuerdo a las normas técnicas generadas por DIGEMID.

Las propuestas de mejoramiento del modelo de cogestión procuran generar condiciones que potencien el uso eficiente de los recursos. Siendo salud un sector de producción de servicios, el recurso humano es de vital importancia en la obtención de resultados. La inversión en recursos humanos forma parte importante de este enfoque.

El modelo de cogestión vigente ha aportado en la implantación en estrategias de manejo de personal diferentes para los servicios de salud estatales. La asignación de horas extras de trabajo en zonas deprimidas donde no es posible realizar práctica privada; la implementación de contratos a modalidad con beneficios sociales para trabajadores que no forman parte del cuadro administrativo estatal como alternativa al desventajoso modelo de contratos de locación de servicios que tienen los establecimientos que mantienen el régimen administrativo regular; y la posibilidad de descentralizar el manejo de personal y flexibilizar el manejo de los recursos a nivel local a fin de permitir el desarrollo de algunas iniciativas locales en materia de incentivo constituyen innovaciones en materia gerencial que aunque no se relacionan propiamente a la cogestión en sí han sido parte positiva del modelo y como tal no deben perderse. Un mejoramiento de los aspectos gerenciales de los servicios potencia aún más los beneficios obtenidos por la cogestión y contribuye al logro de los niveles de eficacia y eficiencia esperados con la implementación de los cambios propuestos.

La escala remunerativa actualmente vigente debe someterse a una revisión muy cuidadosa la escala remunerativa actualmente vigente, para actualizar el otorgamiento de bonificaciones por ejemplo, según niveles de pobreza, o la realización de trabajo en zona de frontera. La nueva escala remunerativa podría estar disponible para ser ejecutada para el año 2003, si los estudios específicos se realizan con celeridad, y si la disponibilidad fiscal así lo permite

La organización de los sistemas administrativos incluiría la definición no solo de los sistemas sino la implementación de las plazas necesarias para dar funcionamiento a tales sistemas administrativos.

7.2.4 Definición de un Régimen tributario y Administrativo Especial para los Ámbitos en los que Implemente el Modelo de Cogestión

En el modelo de cogestión vigente, el espacio de cogestión se diseñó usando la normatividad disponible. El CLAS se constituía como una asociación civil sin fines de lucro (una ONG comunal) y

³⁴ Con esto se quiere dejar bien sentado que el proceso administrativo público en farmacia es diferenciable de los procesos técnicos no administrativos, los cuales siguen recayendo en la normatividad pública propuesta por DIGEMID.

contrataba con el Estado al amparo del código civil. El contrato daba al CLAS atribuciones para decidir sobre el uso de los recursos asignados al área de salud y usar los fondos que le eran transferidos por el Ministerio de Salud. La provisión seguía siendo de carácter público pues el establecimiento no mudaba su condición administrativa, sin embargo, los recursos económicos recibidos por el CLAS eran manejados fuera de los parámetros y procedimientos de ejecución regular que tienen las entidades públicas. Esto determinaba que en los servicios tuvieran lugar dos regímenes laborales, contables y tributarios. Ello multiplicó el número de gestiones administrativas a ser realizadas y los numerosos errores en que incurrieron los gerentes y los miembros de los CLAS por desconocimiento de sus obligaciones patronales con el personal contratado, así como los problemas de liquidez para realizar los pagos exigidos por la normatividad privada como resultado de las demoras en la transferencia de fondos a los CLAS dieron lugar a faltas y multas que hicieron mas costosos aún el funcionamiento de los servicios.

El carácter privado del régimen legal en el que se desempeñaban los CLAS, la pérdida de la condición de organizaciones estatales que muchas veces permite contar con el respaldo institucional del Estado, así como el desconocimiento del modelo en otros sectores y organizaciones (Ministerio de Trabajo, Instituto Peruano de Seguro Social - EsSalud, Superintendencia Nacional de Administración Tributaria - SUNAT, Registros Públicos, bancos, entre otros) favoreció la aparición de dificultades que fueron desde gestiones mal encaminadas, demoras excesivas en el cumplimiento de procedimientos registrales, obstaculización de gestiones y aparición de pagos no previstos que se transformaron en una distracción considerable a lo que debía ser tema de dedicación de las personas envueltas en la cogestión. El cumplimiento de estas nuevas obligaciones y la solución de los problemas mencionados se convirtieron en muchos casos en una carga ajena a la naturaleza voluntaria de su participación en la cogestión.

La propuesta de ajustes al modelo de cogestión respecto a los puntos acotados tiene como objetivo, simplificar las obligaciones contables y tributarias a los que se exponen los CLAS. Al respecto se propone lo siguiente:

- a) Incorporar a la normatividad administrativa de los establecimientos del primer nivel de atención los criterios y procedimientos de operación que tiene el modelo de cogestión CLAS y retirar el uso de la normatividad privada al manejo del modelo de cogestión a fin de establecer un solo régimen para la cogestión de servicios. Los cambios a ser incorporados serían los siguientes:
 - Manejo de las remesas a los CLAS a través de subcuentas dentro de la cuenta de la Dirección de Salud en el Banco de la Nación.- Ello supone que cada CLAS tendrá para si dos subcuentas dentro de la cuenta de la Dirección de Salud en el Banco de la Nación: una para remesas del Nivel Central y otra para recursos directamente recaudados. Los CLAS por tanto dispondrán de los fondos que les sean asignados a través de cheques del Banco de la Nación.
 - Establecer que la cesión de atribuciones en el manejo presupuestal y de recursos asignados a los servicios de salud de atención primaria en un ámbito, por Convenio de Gestión contra la ejecución de un Programa de Salud Local, es un procedimiento regular de la administración pública. Dichas atribuciones abarcarían la definición de horarios de trabajo para los establecimientos de salud, la co-evaluación de personal y la definición de

incentivos para los trabajadores de salud, sin perjuicio de aquellos otros que como parte de las políticas sectoriales de recursos humanos se encuentren vigentes. La firma de contratos a nombre de las unidades de salud formaría parte de dichas atribuciones.

- Facultar a las unidades de salud administradas por CLAS la contratación de personal bajo la modalidad privada. Dicho contrato estaría firmado por el presidente del CLAS que actuaría como representante legal de la unidad de salud.
 - Establecer la asignación de racionamiento por trabajo fuera del horario regular la ejecución de un Programa de Salud Local, es un procedimiento regular de la administración pública. Dichas atribuciones abarcarían la definición de horarios de trabajo para los establecimientos de salud, la co-evaluación de personal y la definición de incentivos para los trabajadores de salud, sin perjuicio de aquellos otros que como parte de las políticas sectoriales de recursos humanos se encuentren vigentes.
- b) Establecer un tipo especial de personería jurídica para las organizaciones involucradas en la cogestión de servicios de salud. - A fin de evitar las complicaciones propias de la normatividad para las asociaciones civiles (incluso las que no tienen fines lucrativos) se generaría un nuevo tipo de personas jurídicas, con atribuciones similares a las que tienen las asociaciones civiles, pero con procedimientos de registro simplificados y exoneradas del pago de tasas notariales. Por definición las operaciones de estas personas jurídicas ligadas a la cogestión de servicios públicos estaría exentas de obligaciones tributarias (al ser solamente gestores de fondos públicos y al no generar rentas para si).

El implementar esta solución hará también viable que a nivel tributario se haga uso de un solo RUC, el correspondiente al CLAS. En virtud de esto, se simplifica también el manejo contable del establecimiento, en donde los ingresos provenientes de la prestación de servicios públicos de salud y de la venta de medicamentos - que también son propiedad del Estado - es justificada a través de tasas, las que no son gravables por el Impuesto General a las Ventas.

En el corto plazo, las transferencias hechas a los CLAS deben ser hechas directamente en sus respectivas cuentas corrientes desde las instancias financiadoras directas, tal como lo viene haciendo el PAAG. Un problema frecuentemente observado en los CLAS es la demora existente en los reembolsos financieros por las prestaciones brindadas a los usuarios del S.I.S. Se entiende que la propuesta integral de mejora del mecanismo de financiamiento va hacia la capitación prospectiva. Sin embargo, también se reconoce que el proceso de implementación de esta nueva modalidad de mecanismo de financiamiento puede hacerse realidad recién en el 2003. Ya que el nudo crítico en estos retrasos queda ubicado a nivel de DISA, se sugiere, que a similitud de la solución implementada por el PAAG, las transferencias hechas a los CLAS sean hechas directamente en sus cuentas corrientes, a través de la partida correspondiente a subvenciones sociales a personas jurídicas.

7.3 PROPUESTA DE COGESTION DE SERVICIOS PARA HOSPITALES LOCALES

Es necesario reforzar la participación ciudadana en el proceso de planificación local de salud, involucrándose no solamente los miembros de CLAS sino también otras instancias de desarrollo local. Uno de los ejemplos más claros es dado por las Mesas de Concertación de Lucha Contra la Pobreza. Nuevamente, un avance que merece ser resaltado y reforzado es el hecho de haber incluido dentro del desarrollo del PSL la realización de reuniones de gestión y de difusión hacia la comunidad. Queda sin embargo,

Ampliación del espectro de la cogestión de los servicios de salud a los hospitales locales/rurales/distritales. La experiencia CLAS ha demostrado que la participación comunitaria facilita los procesos de mejora de la calidad, así como estimula la búsqueda de la eficiencia. Dichos logros pueden ser absorbidos por un nivel de complejidad mayor si se permite la participación ciudadana en su gestión. Por ello, se sugiere ampliar el ámbito de la cogestión hacia los hospitales rurales, distritales, y/o locales. Dado que las características de la demanda de servicios como la oferta de servicios entre un hospital y un centro/puesto de salud son diferentes, existiendo en el primero un mayor nivel de complejidad, se sugiere que las características de la participación comunitaria sea también algo diferente.

Se conformaría un directorio, integrado por representantes de los trabajadores, del MINSA, de otros sectores del gobierno, y representantes de la sociedad civil. Dicho directorio, cuyo número oscilaría entre los 15 y 20 integrantes se encargaría de designar al gerente del establecimiento. A diferencia del CLAS, no se plantea la existencia de un Consejo Directivo encargado de manejar los diferentes sistemas administrativos. Mas bien el gerente haría uso de la capacidad física y humana instalada en el hospital para llevar adelante dichos sistemas. La modalidad de financiamiento del establecimiento, tal como ocurre con los CLAS, sería a través de subvenciones sociales a personas jurídicas, en este caso, la Organización Local/Ciudadana de Administración Hospitalaria (OCAH/OLAH). En tal virtud la ejecución de tales fondos se realizaría bajo las reglas del sector privado, lo que la haría más dinámica que en la actualidad. Sin embargo, habría un canal adicional en el cual la ciudadanía tendría participación directa sobre la gestión. Sería a través de la puesta en marcha de comisiones especiales y/o permanentes de apoyo a la gestión en temas como: a) defensa de derechos del usuario, b) calidad del servicio, c) abastecimiento transparente, etc.

A similitud de los CLAS, la OCAH firma un contrato de cogestión de 3 años de duración, en el cual se comprometen metas de desarrollo institucional así como planes anuales de producción. Las metas de desarrollo institucional se orientan hacia resultados esperados en equidad, calidad, y eficiencia de la prestación. El contenido de este plan detalla la provisión de atención médica especializada de mediana complejidad. Al mismo tiempo dentro de los compromisos asumidos se incluye la ejecución de planes coordinados de desarrollo de redes y microrredes.

En lo referido al plan de atenciones médicas, es importante reconocer que la mayor complejidad de la capacidad instalada del establecimiento viene apareada con una mayor diversidad y complejidad del tipo de atenciones ofrecidas. En tal sentido existe necesidad de implementar un sistema de información que sea lo suficientemente potente para articular la información clínica con la información económica, en el entendido que el correcto análisis de estos factores permitirá una gestión más eficiente y efectiva. Se sugiere por tanto, la implementación de un sistema de costeo de

servicios en un conjunto de establecimientos que sean representativos del universo total de hospitales locales/rurales. Del mismo modo, se sugiere avanzar rápidamente en estos establecimientos la implementación del sistema de información de egresos hospitalarios, que permita la identificación de costos por paquetes de servicios de hospitalización. Estos paquetes permitirían en forma simultánea simplificar la canalización de información hacia los niveles gerenciales y de directorio, y al mismo tiempo permitirían la elaboración de un presupuesto prospectivo global en función de la complejidad de casos y el volumen de atención.