

MINISTERIO DE SALUD

ANTECEDENTES, DISEÑO DEL PROGRAMA, SITUACION ACTUAL Y PERSPECTIVAS DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA - P A C -

I. ANTECEDENTES

El Programa de Administración Compartida (PAC) surge como respuesta a las siguientes consideraciones, que se desprenden del diagnóstico sobre la situación de los Puestos y Centros de Salud realizado por el MINSA a inicios del año 1994, en vísperas de iniciarse importantes inversiones sectoriales con recursos del Tesoro Público (Programa de Focalización del Gastos Social Básico de Salud) y créditos BID y Banco Mundial:

- a) Considerable deterioro de la infraestructura y equipamiento de la mayoría de los establecimientos.
- b) Ausencia de motivación en el trabajo desplegado por profesionales y auxiliares a cargo de los Centros y Puestos.
- c) Insatisfacción manifiesta de la población por los servicios que recibían en horarios limitados a escasas 6 horas diarias.
- d) No funcionamiento de las redes de salud pública que permitan los sistemas de referencia y contrareferencia
- e) Muy limitada participación de la Comunidad en el proceso de prestación de servicios de salud pública.
- f) Ausencia de un adecuado y eficiente proceso de fiscalización y control por parte de las autoridades administrativas del sector, respecto a las labores que realiza el personal en los Establecimientos.
- g) Ineficacia en el gasto, en función a los costos o mal uso de los escasos recursos, duplicación de esfuerzos o ejecución de gastos innecesarios.
- h) Modelo centralizado de gestión pública en los programas nacionales y escasa normatividad para que los Gobiernos Regionales ejecuten los Programas de Salud.
- i) Inexistencia de una adecuada planificación local de los servicios.

II. DISEÑO DEL PROGRAMA

II.1. BASE LEGAL

D.S. 001-94/SA del 2 de Mayo de 1994 que establece las bases para rganizar el Programa de Administración Compartida.

R.M. 451-94-SA/DM, del 7 de Octubre de 1994, que aprueba la Directiva Base Nro. 01-SA/DM-94, que reglamenta el funcionamiento y alcances del Programa de Administración Compartida.

II.2 Alcances del PAC

La Administración Compartida surge como una respuesta a los problemas anteriormente enunciados. En tal sentido, se determinó que los alcances de una nueva modalidad de administración del primer nivel de servicios debería caracterizarse por:

- a) Ser de fácil adaptación, al diseño integral de una reforma en los servicios de salud pública y privada, acorde con el proceso de modernización social y económica, en que se encuentra comprometido el Gobierno, incluyendo la modificación de la Estructura del Estado.
- b) Que expresara una respuesta descentralizada cuya responsabilidad en el manejo de los recursos públicos fuese ajena a la estructura administrativa tradicional del Ministerio o de los Gobiernos Regionales.
- c) Que fuese una respuesta diseñada a partir de las experiencias latinoamericanas descentralizadoras, pero enriquecida con las experiencias de salud comunitaria y la propia realidad nacional.

- d) En atención a este último aspecto, se sugiere una modalidad administrativa en que el Estado y la comunidad organizada compartan responsabilidades.
- e) Su ejecución debe ser gradual y sujeta a variantes que se adapten a la heterogeneidad de realidades locales heterogéneas.
- f) La propuesta debe asegurar una real función fiscalizadora por parte del Estado, una mayor productividad de los recursos que se entreguen y una ordenada participación de la comunidad.

II.3 Ejecución del Programa

Poner en funcionamiento la Administración Compartida en Centros y Puestos de Salud requiere de ejecutar lo siguiente:

- a) Conformar un **COMITE LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS)**, para lo cual la Comunidad elige entre sus dirigentes que mas conocen del tema de la salud a tres (3) representantes. La Sub-Región de Salud nombra a otros tres (3) miembros de la Comunidad en representación de los intereses del Estado. A estos seis miembros se añade el Médico Jefe del Establecimiento.
Entre todos eligen a un Comité directivo, aprueban sus Estatutos y los inscriben en los Registros Públicos como una Asociación Civil sin fines de lucro **con personería jurídica propia de derecho privado**.
- b) La Sub-Región formula el **Programa de Salud Local**, en el cual se encuentra definidas las metas de los trabajos que para mejorar los niveles de salud de la población, es necesario ejecutar durante ese año. Dicho programa debe ser de conocimiento y aprobación de la Comunidad, la cual, a través del CLAS, se compromete a ejecutarlo.
- c) La obligatoriedad de la ejecución del Programa se formaliza a través de la firma de un **Contrato de Derecho Público** que se firma entre el CLAS y la Sub-Región de Salud. Para ambos, las penalidades se encuentran sujetas al Código Civil y otras normas jurídicas comunes.
- d) Ejecutados estos tres pasos el expediente es remitido al MINSA, sede central Lima, en donde luego de ser revisado es remitido al Ministerio de Economía y Finanzas para habilitar las transferencias correspondientes al CLAS, quien es el responsable del gasto.

II.4. Funciones y Responsabilidades de los CLAS

- a) Ejecutar el Programa de Salud Local contratado con el Estado a través de la Sub Región de Salud e informar a la autoridad de salud de los avances, problemas, estadísticas, etc.
- b) Administrar los recursos humanos, materiales y presupuestales, rendir cuenta de su empleo y responsabilizarse de su seguridad y mantenimiento
- c) Supervisar el cumplimiento de las normas administrativas.
- d) Disponer de los ingresos propios.
- e) Nombrar, de común acuerdo con la Sub Región, al Jefe del establecimiento y contratar al personal.
- f) Establecer las tarifas de cobro y las condiciones de gratuidad de los servicios.

III. SITUACION ACTUAL

III.1. Organización de CLAS

Al mes de Junio se han incorporado al Programa de Administración Compartida PAC, en 27 Sub-Regiones de Salud, 403 Centros y Puestos de de salud, que representan el 10.01% del total nacional de éste nivel de establecimientos, beneficiando aproximadamente a 2'500,000 habitantes.(ver anexo 1).

El ritmo de incorporación de establecimientos se ha estabilizado en alrededor de 25 por mes. Debe considerarse que cada nuevo CLAS requiere de un laborioso proceso de capacitación a sus miembros, directivos, a los médicos y a los trabajadores del establecimiento; así como completar los trámites de inscripción de reconocimiento de la personería jurídica del CLAS, a través de la inscripción de su Minuta Escritura Pública correspondiente.

III.2 Situación Financiera y Presupuestal

El PAC es un Sub-Programa del Programa Salud Básica Para Todos, financiado integralmente con recursos del Tesoro Público, en los meses de Enero y Febrero se tuvo severas dificultades por cuanto no se logro integralmente los Calendarios de Compromisos lo cual origino un incumplimiento por parte del Estado de

los contratos respectivos y consiguientemente se generó un clima de desconfianza respecto a la solidez y viabilidad de ésta modalidad administrativa. Al mes de Mayo la situación no ha sido regularizada del todo aunque se presume que el Tesoro Público desembolsará los recursos y pondrá al día los pagos pendientes a fines del mes de Junio.

Durante el presente año los CLAS han significado una inversión de S/.10'939,860 nuevos soles y mensualmente representa alrededor de S/.2'500,000 de nuevos soles.

Por otro lado especialmente para los aspectos de capacitación el Programa ha recibido recursos financieros que si bien no han sido elevados, su utilización ha sido limitada

IV. PERSPECTIVAS Y EVALUACION PRELIMINAR DEL AVANCE DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA.

IV.1. Metas para 1995

Inicialmente se consideró se podría llegar a 1000 establecimientos en el presente año. Sin embargo las dificultades presupuestales ya señalada, nos llevan a reconsiderar ésta meta y ubicarla, más realísticamente, entre 700 a 800 Centros y Puestos de Salud que al 31 de Diciembre del 95 deberán estar involucrados en la modalidad de Administración Compartida.

IV.2. Evaluación Preliminar

A menos de un año de funcionamiento del Programa, a manera de evaluación se puede establecer las siguientes conclusiones:

- a. A través del funcionamiento de los CLAS se ha generado un espacio de participación de la comunidad en la gestión de los establecimientos de salud.
- b.- Con los Programas de Salud Local se ha conseguido un mejor conocimiento de las realidades locales, sus problemas de salud, sus recursos, etc.
- c.- Mediante la simplificación de normas al interior de los CLAS y la participación voluntaria de miembros de la comunidad, se han disminuido de gastos burocráticos innecesarios.
- d.- Se ha reforzado la capacidad de oferta de los establecimientos, dotándoles de recursos humanos, materiales, insumos y medicamentos básicos.
A la fecha el Programa ha contratado a 240 Médicos, 578 Personal No Médico y 828 Técnicos.
- e. Se ha promovido la formación del PAC-FARM (Programa de Administración Compartida de Farmacias), mediante el cual la comercialización de las medicinas básicas y su eficiente administración están en manos del personal del Ministerio, bajo la organización y fiscalización de miembros de la comunidad.
- f. Se ha ampliado el horario de atención. Todos los CLAS garantizan 12 horas de funcionamiento. En muchos casos se ha llevado a 24 horas.
- g. Se registra un incremento sustantivo de la producción de los servicios de salud y por consiguiente las coberturas de atención (ver el caso de Chíncha en anexo 2).
- h. Se han agilizado los sistemas de abastecimiento y otros por la capacidad resolutoria del CLAS.

Desde otra perspectiva, la modalidad de los CLAS ha devenido en la única experiencia que actualmente se desarrolla en el Sector Salud, en la perspectiva de una **Reforma del Sector**, que involucre el mandato constitucional de descentralización y asuma los principios de universalidad, equidad, participación comunitaria, eficiencia en el gasto público y la vigencia de sistemas reales de control y fiscalización.

IV.3. Otras Evaluaciones del Programa

El interés despertado por el funcionamiento del Programa ha hecho que existen diferentes organizaciones del MINSA interesadas en evaluar la marcha del mismo. En este sentido, en los próximos meses y hasta antes de fin de año se habrán realizado las siguientes evaluaciones:

- a. Evaluación contratada sobre el Proyecto 2000
- b. Evaluación contratada en dos momentos por el Proyecto BID - En el mes de Julio a nivel de consultores
- En el segundo semestre a nivel de empresas consultoras

- c. Evaluación sugerida por el Programa Salud Básica Para Todos y la Oficina de Planificación del Ministerio de Salud.

V. PROBLEMAS EN LA EJECUCION DEL PAC.

V.1. En el Diseño y la Ejecución

Se han presentado durante la ejecución del Programa algunas limitaciones que es importante atender:

- a. Ausencia de un diseño integral de un proceso de reforma en salud, que involucre al Programa de Administración Compartida - PAC.
- b. Indefinición de los aspectos tributarios, respecto al Sector Salud en general y al funcionamiento de los CLAS en particular.
- c. Relativa oposición a implementar el programa por parte de las cúpulas sindicales de los diferentes estamentos que participan en el Sector Salud, tanto a nivel del MINSA como de las Sub-regiones.

V.2. En los Aspectos Administrativos

- a. Imposibilidad de utilizar inmediatamente el sistema interconectado bancario para las transferencias de fondos, lo cual obliga a seguir empleando modalidades obsoletas para este fin.
- b. Retrazos aún no superados en la habilitación de recursos financieros por parte del Tesoro Público.
- c. Inestabilidad y falta de financiamiento para su trabajo en los equipos de capacitación a nivel de cada sub-región, lo cual impide consolidar el Programa y supervisar el funcionamiento de los CLAS, así como el debido cumplimiento de los contratos firmados.

V.3. En la Oficina Técnica del PAC

- a. Impresión sobre la línea de dependencia del equipo responsable de diseñar y ejecutar el PAC, respecto a la estructura orgánica del MINSA. La Resolución Ministerial que crea el PAC, define que dicho equipo depende de la Alta Dirección del MINSA. Sin embargo por las dimensiones que ha alcanzado el Programa no parece funcional seguir manteniendo ésta situación.
- b. El trabajo de promoción del Programa sufre las consecuencias por la ausencia de facilidades de comunicación con las sub-regiones de todo el país, al haberse retirado las líneas telefónicas y de fax que anteriormente se emplearon. También se registran dificultades de acondicionamiento físico, especialmente en los archivos de expedientes y otros.

Lima, 08 de Junio de 1995

PAC-OFICIO N° 133-95

Sr.Dr.

PABLO AUGUSTO MELONI NAVARRO

Coordinador

Proyecto de Fortalecimiento de
los Servicios de Salud

Presente.-

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el propósito de remitirle, adjunto al presente, los siguientes informes de viaje:

- a. Informe y rendición de cuentas del viaje realizado entre el 24 al 30 de Marzo del presente año, a las localidades de Puno, Tacna, Ilo, Moquegua, Arequipa, Ica y Chincha, con el propósito de supervizar y tomar nota sobre el funcionamiento de los Comités Locales de Administración de Salud de esas Sub-regiones, así como de la operatividad de los Comités de apoyo y promoción de CLAS.

El financiamiento del viaje fue hecho por el suscrito, previa coordinación con usted, por encontrarse en esos momentos mi contrato en vías de regularización.

- b. Informe y rendición de cuentas del viaje realizado a las Sub-regiones de Chiclayo y Piura entre el 27 al 29 de Abril del presente año.

Inicialmente dicho viaje, financiado por el Proyecto BID, fue autorizado para las localidades de Chiclayo y Chota; encontrándome en la ciudad de Chiclayo se me informó intempestivamente había quedado interrumpida la carretera a Chota, por lo cual decidí efectuar una visita, que se encontraba pendiente, a los CLAS de Chiclayo y Piura.

Mucho agradeceré disponer el trámite administrativo correspondiente al presente.

Atentamente,

Ing° JUAN JOSE VERA DEL CARPIO

PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA

INFORME

SITUACION AL MES DE OCTUBRE DE 1995 Y PERSPECTIVAS DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA PARA ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE SERVICIOS

El presente documento contiene la información general sobre el estado de situación del Programa de Administración Compartida - PAC y por consiguiente del estado del funcionamiento y logros y problemas de los 435 establecimientos, entre Centros y Puestos de Salud, en los cuales se han conformado sus respectivos CLAS.

Contiene los siguientes acápitales:

Resúmen Ejecutivo

1. Informe de la situación general
2. Informe regionalizado
3. Producción de servicios
4. Situación presupuestal
5. Evaluación del Programa
6. Perspectivas para el año 1996

RESUMEN EJECUTIVO

- 1.- El Programa de Administración Compartida (PAC) tiene incorporados 435 establecimientos a nivel nacional (143 Centros y 292 Puestos), distribuidos en 25 sub regiones del país. Tumbes y Apurímac son las dos sub regiones, a parte de las de Lima Este y Sur, donde no se han instalado CLAS.
- 2.- Por restricciones presupuestales, desde el mes de Julio se ha suprimido la incorporación de nuevos establecimientos.
- 3.- El programa beneficia a 3,012,000 personas.
- 4.- La inversión total a la fecha es de 22'400,000 soles. Se prevé que a fin de año se superará los 30 millones.
- 5.- Se han contratado 553 médicos, 1232 profesionales no médicos y 1616 técnicos. La prestación de los servicios ha crecido notablemente. En todos los establecimientos evaluados las atenciones y atendidos han crecido en 200 a 300%. Las visitas domiciliarias se han multiplicado por tres o cuatro veces y los ingresos han potenciado los establecimientos, a tal punto que los propios CLAS contratan nuevo personal o en otros readecúan horarios y con recursos para 12 horas han pasado a 24 horas. Se ha dado paso también a propuestas innovadoras como los Seguros del Agricultor y del Pescador en Tacna o de consolidación de redes en Arequipa y otras.
- 6.- El programa ha comprometido directamente a 3,045 líderes locales, quienes conforman los CLAS, e indirectamente a mas de diez mil personas, en su mayoría líderes comunales, que conforman las asambleas de comités especializados.
- 7.- El 70% de los establecimientos se encuentran en zonas rurales.
- 8.- Se trata de la única experiencia real de descentralización de los servicios públicos básicos, encaminada en los esfuerzos de Reforma de la Salud.
- 9.- Se ha superado las diferencias iniciales, a nivel regional, con los Sindicatos de Trabajadores y gremios médicos, que hablaron de privatización de los Centros y Puestos de Salud. En casi todos los casos la propia experiencia ha llevado a los médicos jefes de establecimiento a defender el sistema.
- 10.- La evaluación del Programa está en curso, a través de tres contrataciones o programas:
 - Evaluación por Empresa Consultora contratada por el Proyecto PAPI, del Ministerio de la Presidencia, a solicitud del Programa Salud Básica Para Todos.

- Evaluación contratada por el Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud (BID).
- Evaluación Nacional de los Programas de Salud Local ejecutados por los CLAS, a realizarse el próximo 15 de Diciembre a nivel nacional.

11.- Es previsible, sin embargo, encontrar algunas dificultades, entre las cuales podemos destacar las siguientes:

- Deficiencias en el conocimiento sobre los alcances de la administración compartida y el rol de los CLAS. Esta situación se presenta especialmente en los establecimientos que ingresaron al PAC al inicio, tal el caso de los de la Sub Región de Piura y dos de Chincha, en donde se han detectado serias dificultades. Una intensa acción de capacitación debe ser la respuesta.
- Ausencia de coordinación del PAC, con otros proyectos y programas del MINSA.
- Inadecuados sistemas administrativos que retrasan, innecesariamente, el envío y recepción de las transferencias y han hecho engorroso el sistema de rendición de cuentas.
- Restricciones presupuestales y administrativas extremas e inusuales para la capacitación y operación del Programa

12.- Perspectivas para el año 1996.

Las perspectivas son adversas por estar en curso las siguientes medidas:

- 12.1. Haberse dispuesto la eliminación del Sub Programa Presupuestal y ni siquiera considerar como Actividad al Programa de Administración Compartida. Esta decisión no ha sido sustentada y no cuenta, extraoficialmente, con la opinión favorable de funcionarios del MEF.
- 12.2. Haberse dispuesto que, a partir de enero, el Proyecto BID deje de financiar y en la práctica desactive, el equipo central del Programa de Administración Compartida, sin haber anunciado tal decisión oportunamente, a fin de tomarse las previsiones correspondientes.
- 12.3. No haberse firmado las Resoluciones Ministeriales que aprobaban la incorporación de LOS 435 establecimientos a los CLAS.
- 12.4. No haberse discutido, ni mucho menos aprobado, la directiva por la cual se aligeran los procedimientos administrativos para la remisión de fondos. De manera inexplicable, los niveles correspondientes del MINSA, no dan paso, ni siquiera a discutir, el texto de una Directiva que elimina todas las trabas, moderniza los sistemas, aligera el envío de fondos y precisa las responsabilidades de control. La ausencia de dicha directiva (conversada y coordinada con funcionarios del MEF) permite que por ejemplo el personal de Cajamarca reciba sus transferencias (que el 25 de Julio estuvieron en el MINSA), recién el 4 de Octubre, hecho que desafortunadamente es una constante burocrática nacional del sector.
- 12.5. No haberse dado curso a conversar la ejecución de 12 medidas, en favor del primer nivel de servicios, propuesta en el mes de agosto, para ser implementadas a partir del 1 de enero de 1996.
- 12.6. Que el presupuesto aprobado en 1996 sólo alcance para el funcionamiento de sesenta nuevos CLAS (aproximadamente 497).

Sin embargo, hay también señales positivas, que dan la certeza de una reactivación del Programa, entre las cuales destaca:

- La previsión presupuestal para los actuales CLAS.
- La decisión de la población de no desactivar los CLAS y mas bien insistir en propuestas descentralizadoras.
- Que se estén llevando a cabo acciones de evaluación del Programa.
- Que fuera del Ministerio e incluso en el extranjero exista una real expectativa sobre el funcionamiento del Programa de Administración Compartida.
- Las expresiones de apoyo al Programa dadas por el Sr. Ministro de Salud Dr. Eduardo Yong M.

I. INFORME DE LA SITUACION GENERAL

I.1. ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El Programa de Administración Compartida (PAC) se ejecuta a partir de Julio del año 1994, como una alternativa a las limitaciones que presenta la administración pública de los Centros y Puestos de Salud.

Es por lo tanto una modalidad de administrar los recursos públicos, cuya justificación se encuentra en los objetivos inmediatos de la estrategia de Gasto Social del Gobierno Central:

- Incrementar la cobertura de los servicios de Salud.
- Propiciar la calidad en el gasto público, de manera que se obtengan mayores rendimientos en el servicio y mejoras en la calidad de vida de la población.
- Estructurar una organización mas simple, dinámica y funcional, que sea el soporte de una administración pública más competente.
- Que la población no sólo perciba el cambio en la cantidad y calidad del servicio público, sino que se integre directa o indirectamente a instituciones descentralizadas y por su intermedio asuma responsabilidades en la toma de decisiones.

En esta perspectiva, el Programa de Administración Compartida es una propuesta que se inscribe en los esfuerzos de modernización y Reforma del Sector y el Ministerio de Salud. Por ésta razón es una experiencia, a partir de la cual se deben obtener respuestas conducentes a mejorar los procesos de programación, organización, ejecución y control en el primer nivel de servicios.

I.2. RESUMEN DE LA PROBLEMÁTICA

La preocupación por mejorar la oferta estatal de salud, en emergencias, medicina general, Programas Nacionales y los relacionados al binomio madre-niño, que son los que preferentemente se proporciona a la población en Centros y Puestos de Salud, llevó a efectuar múltiples trabajos de diagnóstico, en especial entre los años 1991 a 1992.

Estas acciones de investigación de la realidad de la Salud Pública del país, adicionalmente, estuvieron urgidas por los anuncios y compromisos que progresivamente iba asumiendo el Estado peruano, vía Tesoro Público o la utilización de la cooperación Técnica y Financiera Internacional, para empezar a colocar importantes recursos en la prestación de servicios primarios. Se trataba en todo caso de señalar no sólo la dimensión de los problemas a afrontar, sino las dificultades administrativas que conlleva la ejecución de inversiones y programas en Salud, en especial en el primer nivel de atención.

A continuación se presenta una síntesis de los aspectos en los cuales existe consenso sobre el estado de situación de éste servicio a inicios de 1994.

- a. Considerable deterioro de la infraestructura y equipamiento de la mayoría de los establecimientos.
- b. Ausencia de motivación en el trabajo desplegado por profesionales y auxiliares a cargo de los Centros y Puestos.
- c. Insatisfacción manifiesta de la población por los servicios que recibían en horarios limitados a escasas 6 horas diarias.
- d. No funcionamiento de las redes de salud pública que permitan los sistemas de referencia y contrarreferencia.
- e. Muy limitada participación de la Comunidad en el proceso de prestación de servicios de salud pública.
- f. Ausencia de un adecuado y eficiente proceso de fiscalización y control por parte de las autoridades administrativas del sector, respecto a las labores que realiza el personal en los Establecimientos.
- g. Ineficacia en el gasto, en función a los costos o mal uso de los escasos recursos, duplicación de esfuerzos o ejecución de gastos innecesarios.
- h. Modelo centralizado de gestión pública en los programas nacionales y escasa normatividad para que los Gobiernos Regionales ejecuten los Programas de Salud.
- i. Inexistencia de una adecuada planificación local de los servicios.

I.3. LINEAMIENTOS ESTRATEGICOS

La Administración Compartida surge como una respuesta a los problemas enunciados. En tal sentido, se determinó que los alcances de una nueva modalidad de administración del primer nivel de servicios debería considerar la siguiente estrategia:

- a. Ser de fácil adaptación al diseño integral de una reforma en los servicios de salud pública y privada, acorde con el proceso de modernización social y económica, en que se encuentra comprometido el Gobierno.
- b. Que exprese una respuesta descentralizada, en donde la responsabilidad del manejo de los recursos públicos sea ajena a la estructura administrativa tradicional del Ministerio o de los Gobiernos Regionales.
- c. Que sea una respuesta diseñada a partir de las experiencias latinoamericanas descentralizadoras, pero enriquecida con las experiencia de salud comunitaria y la propia realidad nacional.
- d. En atención a este último aspecto, se instrumenta una modalidad administrativa en que el Estado y la comunidad organizada compartan responsabilidades.
- e. Que su ejecución sea gradual y sujeta a variantes que se adapten a la heterogeneidad de realidades locales.
- f. La propuesta debe asegurar una real función fiscalizadora por parte del Estado, una mayor productividad de los recursos que se entreguen y una ordenada participación de la comunidad.

I.4. BASE LEGAL

Diseñar e instrumentar una propuesta administrativa diferente o alternativa a la empleada por la Administración Pública regular, requiere de un conjunto de normas y directivas, que debidamente coordinadas con las Leyes generales que enmarcan la modernización del Estado Peruano, permiten conformar programas de cambio más específicos, tal el caso del Programa de Administración Compartida. A continuación se menciona los dispositivos que se dictaron para éste propósito.

- a) El Decreto Supremo 01-94-SA que crea el Programa de Administración Compartida (PAC) de los Establecimientos de Salud del Nivel Básico de Atención, publicado el 2 de Mayo de 1994.
- b) La Resolución Ministerial 451-94-SA/DM, de fecha 07 de Octubre de 1994, que reglamenta las actividades y desarrollo del PAC.
- c) Resolución Directoral 001-95 del 23 de Febrero de 1995 de la Dirección General de salud de las Personas, que autoriza las operaciones de transferencia de recursos financieros para atender la ejecución de los Contratos suscritos con los CLAS.
- d) Todas las normas legales que sostienen la ejecución del Programa de Salud Básica Para Todos.

I.5. DEFINICION Y ALCANCES

I.5.1 De los aspectos operativos del Programa

El PAC se encuentra diseñado para ser aplicado en los Centros y Puestos de Salud. Su ejecución compromete la actividad de las Direcciones Regionales y Sub Regionales de todo el país.

El diseño y ejecución es responsabilidad de la Alta Dirección del Ministerio, que para el efecto ha conformado un equipo técnico y administrativo.

Presupuestalmente las acciones del Programa se encuentran financiadas por el Tesoro Público a través del Programa Salud Básica Para Todos.

El equipo técnico de consultores es contratado por el Proyecto BID, Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Sub-Programa de Estudios de Integración con el Sector Privado. Adicionalmente por servicios No Personales el Programa de Salud Básica Para Todos ha contratado al personal de apoyo requerido.

I.5.2. Del Programa de Administración Compartida.

Es una modalidad descentralizada para administrar los establecimientos del Primer nivel de servicios (Centros y Puestos de Salud) con el propósito de lograr un uso más eficiente de los recursos del Estado, aplicados a la ejecución de un Programa de Salud en el nivel local.

La Administración Compartida se sustenta en la acción conjunta del Estado y los miembros de la comunidad en búsqueda del bien común. Para el efecto, debe tomarse en consideración los conceptos generales señalados en la Directiva de Base N° 01-SA/DM-94 que a continuación se indican.

- 1.- Administración Compartida es un Programa que promueve los esfuerzos conjuntos de la comunidad organizada y del Estado, para administrar los Centros y Puestos de Salud, ampliar su cobertura y mejorar la calidad de la atención.
Se apoya en una política que reconoce las múltiples posibilidades de relación entre el Sector Público y Privado en el campo de la Salud, cautelando los intereses de la comunidad en sus necesidades de salud y privilegiando aquellas que a nivel local buscan el logro de la equidad, calidad y eficiencia como principios básicos.
- 2.- El Comité Local de Administración de Salud (CLAS) es una asociación civil, sin fines de lucro, con personería jurídica de derecho privado, responsable de la administración de un establecimiento de salud del nivel básico de atención, beneficiaria de los alcances del inciso b del art. 19 del Decreto Legislativo N° 774.
3. El Jefe o Responsable del Establecimiento es la máxima autoridad en los aspectos técnicos de los servicios de Salud; es responsable de gerenciar el establecimiento. Conduce al personal a su cargo y busca el liderazgo de la comunidad, para mejorar las condiciones de salud en el ámbito del CLAS. Promueve el desarrollo social y el cumplimiento de los códigos éticos. Incentiva en la ejecución de las acciones de Salud, el mayor rigor profesional, así como los sentimientos de solidaridad que requiere la atención a las personas.
- 4.- El funcionamiento de Administración compartida reconoce que en el nivel básico de atención se realizan actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud y prioriza con especial énfasis el funcionamiento de la red de servicios de Salud Pública y sus niveles de referencia.
- 5.- El contrato es un documento de derecho público, que establece los alcances, derechos y obligaciones del Estado y el CLAS, para: administrar un establecimiento de salud y ejecutar un Programa de Salud Local, en un período de tres años renovables. En caso de incumplimiento de las metas programadas por parte del CLAS, el contrato podrá ser resuelto sin intervención del Poder Judicial, mediante Resolución Vice Ministerial.
El programa de salud es un documento de cumplimiento obligatorio por el CLAS. Es de carácter anual, y responde a las necesidades locales de atención y a los programas preventivo-promocionales. Establece metas específicas para mejorar progresivamente la calidad de salud de una población. Su estructura debe permitir una evaluación periódica.

I.6. PROCESOS Y RESPONSABILIDADES

I.6.1. En la ejecución del Programa

Poner en funcionamiento la Administración Compartida en Centros y Puesto de Salud requiere de ejecutar lo siguiente:

- a. Conformar un **COMITE LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS)**, para lo cual la comunidad elige entre sus dirigentes que mas conocen del tema de la salud a tres (3) representantes. La Sub-región de salud nombra a otros tres (3) miembros de la Comunidad en representación de los intereses del Estado. A estos seis miembros se añade el Médico Jefe del Establecimiento. Entre todos eligen a un Comité directivo, aprueban sus Estatutos y los inscriben en los Registros Públicos como una Asociación Civil sin fines de lucro **con personería propia de derecho privado**.
- b. La Sub-Región formula el **Programa de Salud Local**, en el cual se encuentra definidas las metas de los trabajos que para mejorar los niveles de salud de la población, es necesario ejecutar durante ese año. Dicho programa debe ser de conocimiento y aprobación de la Comunidad, la cual, a través del CLAS, se compromete a administrar su ejecución.
- c. La obligatoriedad de la ejecución del Programa se formaliza a través de la firma de un **Contrato de Derecho Público** que se firma entre el CLAS y la Sub-Región de Salud. Para ambos, las penalidades se encuentran sujetas al Código Civil y otras normas jurídicas comunes.
- d. Ejecutados estos tres pasos, el expediente es remitido al MINSA, sede central Lima, en donde luego de ser revisado es remitido al Ministerio de Economía y Finanzas para habilitar las transferencias correspondientes al CLAS, quien es el responsable del gasto.

I.6.2. Responsabilidades de los CLAS

- a. Ejecutar el Programa de Salud Local contratado con el Estado a través de la Sub-Región de Salud e informar a la autoridad de salud de los avances, problemas, estadísticas, etc.
- b. Administrar los recursos humanos, materiales y presupuestales, rendir cuenta de su empleo y responsabilizarse de su seguridad y mantenimiento.
- c. Supervisar el cumplimiento de las normas administrativas.
- d. Disponer de los ingresos propios.
- e. Nombrar, de común acuerdo con la Sub-región, al Jefe del establecimiento y contratar al personal.
- f. Establecer las tarifas de cobro y las condiciones de gratuidad de los servicios.

I.6.3. Responsabilidad del Estado.

- a) Dictar la normatividad para el funcionamiento del Programa a nivel del MINSA y de los Gobiernos Regionales.
- b) Asegurar los recursos financieros para la ejecución de los Programas Locales de Salud.
- c) Responsabilizarse por las acciones de programación y fiscalización.
- d) Asegurar el funcionamiento y reforzamiento de la red de servicios de salud pública.
- e) Brindar las facilidades de capacitación a Jefes de establecimiento, profesionales, trabajadores y miembros de la comunidad, a fin que puedan desarrollar correctamente sus actividades.

I.7. EJECUCION DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA (PAC)

El PAC empezó a ejecutarse a partir del 26 de Julio de 1994 en que se instalaron los 12 primeros CLAS (04 en Ayacucho y 08 en Chincha). Culminaba así un proceso de diseño y formulación de las primeras normas que se desarrolló a lo largo del primer semestre del mismo año.

Progresivamente en el transcurso de los últimos 13 meses se han venido incorporando otros establecimientos, totalizando a la fecha 435 (143 Centros y 292 Puestos de Salud), localizados en 26 Sub-Regiones de Salud y que atienden a más de tres millones de personas, ubicadas en zonas rurales y urbano-marginales. (ver cuadro N°1).

Durante este período el Estado ha invertido, inicialmente a través del Programa de Focalización y ahora mediante el Programa de Salud Básica Para Todos, la suma de S/.22'240,000 nuevos soles, previéndose que al 31 de Diciembre el gasto público bordee los 30'000,000 nuevos soles, considerando que el gasto mensual es de alrededor de 3'000,000 nuevos soles.

Con estos recursos se ha permitido contratar 553 médicos elevando la tasa promedio a 2.05 médicos por cada 10 mil habitantes, cifra notoriamente superior a la del promedio nacional fuera de Lima Metropolitana. Igual cosa ocurre con personal profesional no médico, considerándose la contratación de 1,232 profesionales y elevando la tasa por 10 mil habitantes a 4.46. La inversión en técnicos ha llevado a contratar a 1,616 personas y elevar la tasa a 6.93 por 10 mil habitantes.

La incorporación de nuevos establecimientos fue detenida en el mes de Julio del presente año ha pedido del Ministerio de Economía Finanzas, que mediante carta señaló no contar con recursos adicionales durante el resto del año para el Programa de Salud Básica Para Todos; esto explica porque en el gráfico adjunto se reduce la incorporación de CLAS de 118 en el primer semestre a 66 en el segundo 32 en el tercero y 0 en el cuarto trimestre. En tal sentido se ha trazado una estrategia para incorporar nuevos establecimientos recién a partir de Enero de 1996 (sobre la localización de los establecimientos ver mapa adjunto).

La población beneficiaria del Programa es de poco más de 3 millones de personas, ubicadas en 26 de las 32 Sub-regiones con que cuenta el sistema de salud pública, de éste total el 70% está ubicado en zonas rurales y la mayoría de ellos en zonas de extrema pobreza. Los 435 establecimientos compromete la participación directa de 3,045 líderes locales, quienes han firmado los contratos con el Estado de ejecución de los Programas de salud con sus respectivos ámbitos.

De ésta manera se van alcanzando, progresivamente, las aspiraciones de lograr la descentralización y la participación de la población en la administración de los recursos del Estado. El modelo no pretende la autogestión plena de los establecimientos sino del trabajo compartido entre el Estado, los Médicos,

trabajadores de salud y la comunidad.

II. INFORME REGIONALIZADO

II.1 Región Los Libertadores Wari

II.1.1. Sub-Región Ayacucho

En la sub-región Ayacucho a la fecha funcionan 7 CLAS de los cuales 4 (Carmen Alto, Lurichocha, Quinua y Santa Elena) iniciaron sus actividades a fines de Julio del pasado año. En el transcurso del primer semestre de 1995 se incorporaron los CLAS (Belen y las Nazarenas).

El total de transferencias para esos CLAS durante el año pasado fue de S/.170,050 nuevos soles, para este año será de S/.669,457 nuevos soles, lo cual permite asegurar para fines de año se tendrá una inversión total de S/.839,507 nuevos soles.

Las primeras experiencias del CLAS se dieron en ésta Sub-región, por lo cual es entendible que inicialmente se hayan presentado algunas dificultades tales como, retrasos en la ejecución de obras, de ampliación o refacción de los establecimientos, vacíos legales en los procedimientos para fiscalización del gasto, etc.

Respecto a la contratación de personal en total se ha contratado los servicios de 7 médicos, 12 profesionales no médicos 3 técnicos (total 32 personas). Asimismo, se ha pagado ampliación horaria a 19 profesionales y trabajadores y racionamiento a 38 personas que se encuentran en condición de nombradas.

II.1.2 Sub Región Ica

En la sub-región de Ica a la fecha funcionan 20 establecimientos de los cuales 15 se organizaron durante el año 1994 y otros 5 en el presente año. Cabe mencionar que 8 de los CLAS de Chincha (donde a la fecha hay 12 funcionando) se instalaron como los primeros del país el 26 de Julio de 1994. La inversión total del año pasado ha sido de S/.231,423 y la de éste año será de S/.1'455,179 nuevos soles. En todo caso la inversión total del Tesoro Público al 31 de Diciembre será de 1'686,602 nuevos soles.

Los resultados de la gestión pueden ser analizados en el punto III del presente documento. Sin embargo, pude señalarse que la experiencia ha sido especialmente exitosa hasta mediados del primer semestre del año en que han empezado a presentarse algunas crisis como consecuencia de problemas entre miembros del CLAS y el médico jefe o los trabajadores. Este problema se ha focalizado especialmente en el CLAS de Chincha Baja en donde dirigentes de la comunidad, que incluyen al Párroco, el Alcalde, Gobernador, Presidente del CLAS y otros está enfrentado al médico jefe del establecimiento quien a su vez tiene el respaldo de los trabajadores nombrados del sector. Se ha planteado algunas soluciones, que en todo caso deben concluir la asamblea de evaluación del próximo 15 de Diciembre.

En los demás establecimientos de Ica, Pisco y Nazca la situación es de normalidad, existiendo algunas dificultades en los aspectos de capacitación y equipamiento, referidos especialmente a comunicaciones.

II.1.3 Sub-Región Huancavelica

Durante el presente año se ha logrado incorporar a 7 establecimientos ubicados en el Departamento de Huancavelica, de los cuales 4 son Centros y 3 Puestos de Salud, localizados en las provincias de Huancavelica, Churcanpa y Angaraes.

Estos CLAS atienden a una población de 76,500 y para el presente año demandan una inversión al Estado de S/.453,709 nuevos soles. Se ha ampliado la capacidad de oferta de los establecimientos con la contratación de 18 personas (5 médicos, 11 profesionales no médicos y 2 técnicos), adicionalmente se a dotado de 28 contratos para ampliación horaria y racionamiento para el personal nombrado.

II.2.. Región José Carlos Mariátegui

II.2.1. Sub-Región Tacna

En la Sub-región de Tacna tenemos 38 CLAS de los cuales durante el año pasado se instalaron 18. Diez de ellos están localizados en la zona urbana de la ciudad de Tacna y los otros 28 en todas las provincias del Departamento.

El monto total de la inversión para el presente año es de S/.2'881,220 que sumados a los S/.402,645 nuevos soles que se invirtieron durante el año pasado hacen un total de S/.3'283,865 nuevos soles. En cuanto al personal se ha contratado a 18 médicos, 81 profesionales no médicos y 45 técnicos (hacen un total de 144 nuevos trabajadores), adicionalmente se ha pagado racionamiento a 115 trabajadores nombrados del sector.

El total de población atendido por los CLAS, según datos censales de 1991 es de 215,612 personas.

II.2.2 Sub-Región Puno

En Puno durante 1994 sólo funcionó 1 CLAS (Molino) ubicado en la provincia de Juli. A lo largo del primer semestre del año se han incorporado otros 13 establecimientos, la inversión total prevista para el presente año es de S/.686,090 nuevos soles. El año pasado se invirtió S/.29,958 el total de las transferencias del Tesoro Público a los CLAS de Puno al 31 de diciembre será de S/.715,848 nuevos soles. La población beneficiada con estos CLAS es de 74,505 y están ubicados en las provincias del Collao (11 CLAS) y Juli, Junguyo, San Roman (1 establecimiento en cada provincia).

II.2.3 Sub-Región Moquegua

Los 4 CLAS que funcionan en el Departamento de Moquegua han sido instalados los primeros meses del presente año y están localizados 02 en Mariscal Nieto y 02 en Ilo, en total favorecen a 25,186 personas y dos de ellos (Pampa Inalambrica y Samegua) sirven a las zonas de expansión urbana de las ciudades de Ilo y Moquegua.

En conjunto se ha contratado al siguiente personal: 02 médicos, 02 profesionales no médicos 01 técnico (en total 05 contratados) y otorgado racionamiento a 22 trabajadores nombrados.

II.3 Región Nor Oriental del Marañón

II.3.1 Sub-Región Chachapoyas

En la sub-región hay instalados a la fecha 21 CLAS, 10 de los cuales fueron constituidos en año pasado. La inversión prevista para fines de año es de S/.259,933 nuevos soles, de los cuales S/.122,495 son las transferencias del año pasado.

La población beneficiada es de 40,600 personas, localizadas en las provincias de Chachapoyas, Bongará, Luya y Rodríguez de Mendoza. Se ha contratado 67 personas de los cuales 16 son médicos, 20 personal no médico y 31 técnicos.

II.3.2 Sub-Región Chota

Como se sabe esta es una de las áreas de más difícil acceso en la región norte del Perú, en los cuales, sin embargo, se ha llegado a instalar 54 CLAS, de los que 13 se instalaron éste año y la diferencia a inicios del año pasado. Abarcan las provincias de Chota, Hualgayoc, Santa Cruz. Tres de los establecimientos son Centros de Salud y los otros 51 Puestos de Salud.

El monto de la inversión prevista es de S/.2'137,272 nuevos soles, que benefician a 160,083 personas, según informe remitido al presente año.

II.3.3 Sub-Región Cajamarca

En esta sub-región hay 21 establecimientos, de los cuales 2 son Centros de Salud y el resto Puestos; durante el año '94 ingresaron 14 establecimientos y 7 durante el primer semestre del '95 y se encuentran localizados en los distritos de Cajamarca, Cajabamba, San Pablo, San Miguel, Celendin y San Marcos.

Se ha previsto una inversión para fines del presente año de S/.1'233,217 nuevos soles.

Los CLAS benefician a una población de 89,600 personas, los cuales en su integridad están ubicados en las zonas rurales más alejados del Departamento. Sus principales dificultades están vinculadas a la parte de comunicación con los hospitales hacia donde deben referir a los pacientes con cuadros que requieran de tratamiento especializado.

II.3.4 Sub-Región Lambayeque

En el Departamento de Lambayeque sólo se tienen 2 CLAS ubicados en Monsefu y Picsi. Se ha contratado 3 médicos y 5 profesionales no médicos, además de proporcionar ampliación horaria y racionamiento a 20 trabajadores nombrados.

Los 2 CLAS se instalaron en el transcurso del presente año y su costo está previsto hasta fines del presente en S/.159,881 nuevos soles. Benefician en total a 69,280 personas. Ambos establecimientos son Centros de Salud.

II.4 Región Grau

II.4.1. Sub-Región Luciano Castillo

Del total de 8 CLAS que se tienen funcionando en la sub-región la mitad se instalaron el año pasado y los otros 4 en el primer semestre del presente año. Estos establecimientos están ubicados en las provincias de Ayabaca, Paita y Talara y en conjunto benefician a 128,800 personas.

Considerando las sub-regiones de Luciano Castillo y Piura en conjunto, se ha llegado a contratar a 40 personas de las cuales 7 son médicos, 23 personal no médico y 10 son técnicos. Asimismo, se ha proporcionado ampliación horaria y racionamiento a 179 trabajadores nombrados del sector.

II.4.2 Sub-Región Piura

En la Sub-región Piura de los 18 CLAS registrados 10 se encuentran funcionando desde el año pasado y 8 han sido incorporados al inicio del segundo semestre del presente año. La población beneficiada asciende a 218,500 personas y el monto de transferencias previstas es de S/.1'518,665 nuevos soles, de los cuales S/.207,984 corresponden a año pasado y la diferencia de S/.1'310,732 nuevos soles al presente año.

La sub-región Piura y en general los CLAS localizados en ese Departamento resulta los que mayor conflicto y dificultades presentan, como resultado de un mal entendido proceso de participación comunitario, en especial durante el año 1994. Esta situación de crisis en algunos CLAS no ha podido ser revertida en su integridad, motivados también por la falta de capacitación y excesiva rotación del personal que en la sub-región tienen a su cargo los CLAS.

Se ha llegado a concertar con el Director Sub-regional un programa conjunto para solucionar los problemas. En todo caso esta sería la sub-región administrativa con la mayor cantidad de problemas en la organización y funcionamiento de los primeros CLAS, motivo por el cual se está programando acciones de capacitación tanto para los funcionarios de la Dirección Sub-regional, como para los dirigentes comunales y trabajadores de los establecimientos.

II.5 Región Andres Avelino Cáceres

II.5.1 Sub-Región Pasco

Son 4 los establecimientos que funcionan desde el año pasado en esta sub-región, el monto transferido en 1994 fue de S/.25,733 nuevos soles y el presente año se remitirá S/.362,903 nuevos soles. Se trata de 3 Puestos de Salud y 1 Centro (CLAS Pozuzo). Según los datos censales hay una población beneficiada de 18,177 personas.

Si consideramos las 3 sub-regiones de Pasco, Junín y Huánuco, se ha llegado a contratar a 44 personas (12 médicos, 17 profesionales no médicos y 16 técnicos), mientras que 41 personas nombradas han recibido ampliación horaria y racionamiento.

Sólo en el caso de Cerro de Pasco se tienen 3 médicos, 10 no médicos y 5 técnicos.

II.5.2 Sub-Región Junín

En Junín se tiene 13 CLAS en funcionamiento de los cuales 7 empezaron a funcionar el año pasado y demandaron una inversión de S/.62,069 nuevos soles. Para el presente año se transferirán a los CLAS de Junín la suma de S/.760,307 nuevos soles.

Se trata de 5 Centros de Salud y 8 Puestos que benefician a 49,200 personas, y están localizadas en las provincias de Huancayo, Jauja y Yauli. Con los recursos ya señalados se ha contratado 12 médicos, 16 profesionales no médicos y 16 técnicos (hacen un total de 44 personas), mientras que por otro lado se ha proporcionado ampliación horaria y racionamiento a 41 trabajadores nombrados del sector.

II.5.3. Sub-Región Huánuco

Durante el año 1994 no se logró la incorporación de ningún establecimiento en el Departamento de Huánuco. Actualmente funcionan 12 CLAS localizados en las provincias de Huánuco, Dos de Mayo, Huacaybamba, Ambos y Pachitea.

En estos CLAS se invertirá hasta el 31 de Diciembre del presente año S/.585,599 nuevos soles, y ha permitido la contratación de 43 personas (6 médicos, 22 profesionales no médicos y 15 técnicos) además de haber dado 40 ampliaciones horarias y 35 racionamientos para el personal nombrado del sector. Poco más de 120,000 personas son las beneficiadas con el funcionamiento de los CLAS.

II.6 Región Inca

II.6.1 Sub-Región Cuzco

En total son 12 CLAS los que funcionan en el Departamento de Cuzco, siendo la mayoría de ellos Centros de Salud, ubicados en las provincias de Anta, Quispicanchis, Urubamba, Paucartambo, Calca y Cuzco.

El total de la inversión del año pasado fue de S/.235,522 nuevos soles y la del presente año será de S/.1'181,570 nuevos soles. La contratación de personal ha sido de 52 de los cuales 16 médicos, 14 profesionales no médicos y 22 técnicos; la ampliación horaria ha favorecido a 38 trabajadores y a otros 47 quedaron favorecidos por racionamiento. La población atendida es de 178,900 personas.

II.6.2 Sub-Región Madre de Dios

De los 32 CLAS existentes en Madre de Dios, 28 se encuentran localizados en la provincia de Tambopata, 1 en la de Manú y los otros 4 en Tahuamanú. La población atendida es de 29,000 y se encuentra dispersa a lo largo de los ríos pertenecientes a la cuenca de Madre de Dios.

Su situación fronteriza con Brasil y Bolivia, le confieren características especiales a éste departamento. En total se ha contratado a 12 médicos, 24 profesionales no médicos y 20 técnicos, al mismo tiempo que se ha dado ampliación horaria a 18 personas y racionamiento a 30.

Durante el año 1994 se hicieron transferencias a estos CLAS por el valor de S/.305,336 nuevos soles esperándose llegar a fines del presente año a S/.1'479,174 nuevos soles.

II.7 Región Chavín (Ancash)

En toda la Región Chavín se tienen organizados 16 CLAS, localizados en las provincias de Huaylas, Huaraz, Huari, Carhua y el Santa. Se trata de 9 Puestos y 7 Centros de Salud. La población beneficiada alcanza a 60,800 personas.

Se ha llegado a contratar a 51 personas (11 médicos, 19 profesionales no médicos y 21 técnicos). En el caso de los médicos la tasa por cada 10 mil personas sube a 3.29.

Los 6 primeros CLAS instalados a fines de 1994 demandaron una inversión de S/.63,683 mientras que para éste año se espera invertir S/.843,582 nuevos soles. La mayoría de establecimientos son Puestos de Salud.

II.8 Región La Libertad

En el Departamento de la Libertad hay 21 CLAS, 11 de los cuales ingresaron a funcionar en el 4to trimestre del año pasado, los otros 10 fueron conformados en el primer semestre del '95. La mayoría (16 CLAS) están ubicados en la provincia de Trujillo, otros 2 en Ascope y 3 en Pacasmayo. En su mayoría se trata de Puestos de Salud que tienen censada una población beneficiaria de 201,500 personas.

Se ha mejorado la oferta de los servicios a través del equipamiento y la contratación de 92 personas de las cuales 20 son médicos, 41 no médicos y 31 técnicos. Asimismo, se tienen 44 contratos de ampliación horaria y racionamiento para el personal nombrado.

Al 31 de Diciembre se espera transferir a los CLAS S/.1'232,503 nuevos soles, que sumados a los S/.188,605 enviados el año pasado dan un total de transferencias de S/.1'421,108 nuevos soles.

II.9 Región Loreto

En el Departamento de Loreto se inició la instalación de CLAS el año pasado, comprometiendo a 12 establecimientos. El presente año se incrementaron otros 6. Aunque la población está muy dispersa se tienen censadas a 389,000 personas, localizadas en las provincias de Maynas, Mariscal Castilla, Alto Amazonas y Loreto, al cual se le agrega el CLAS de Orellana que territorialmente corresponde a Ucayali.

El año de 1994 se remitió a los CLAS la suma de S/.242,104 con lo cual se logró equipar en parte algunos de los establecimientos. Este año se tiene previsto transferir la suma de S/.1'517,865 nuevos soles.

El personal contratado es el siguiente: 19 médicos, 39 profesionales no médicos y 46 técnicos. Entre ampliación horaria y racionamiento se ha contratado a 97 trabajadores nombrados.

II.10 Región San Martín

En el Departamento de San Martín se tienen 32 CLAS. Dieciocho de ellos se incorporaron al Programa en 1994 y 14 de ellos durante el primer semestre del año. Censalmente hay 133,100 personas beneficiadas, ubicadas en las provincias de Moyobamba, San Martín, Mariscal Cáceres, Bellavista, Huallaga, Rioja y Tocache.

El funcionamiento de los CLAS ha demandado durante 1994 transferencias de S/.202,163 nuevos soles y el presente año se transferirá S/.1'951,266 nuevos soles. El personal contratado es de 118 personas (16 médicos, 37 profesionales no médicos y 66 técnicos); adicionalmente se ha contratado a 126 trabajadores nombrados a través de ampliaciones horarias y racionamientos.

II.11 Región Arequipa

En todo el Departamento de Arequipa cuenta con 24 CLAS, la mayoría de los cuales se han incorporado en el primer semestre del año, considerando que sólo 5 de ellos estuvieron funcionando el año '94. Se trata en su gran mayoría de Puestos de Salud; en conjunto la población beneficiaria sería de 345,100.

Al 31 de Diciembre del año pasado se hicieron transferencias por un valor de S/.42,811 nuevos soles debiéndose a fines del presente año remitir S/.1'314,624 nuevos soles. Con estos recursos se ha mejorado en algo el equipamiento, pero básicamente contratado personal, de acuerdo a lo siguiente: 19 médicos, 51 profesional no médico y 33 técnicos. A estos 133 contratados se han agregado ampliaciones horarias y racionamiento para 86 trabajadores nombrados.

II.12 Región Ucayali

En la Región Ucayali, se tiene funcionando 32 CLAS que benefician a una población de 85,000 personas, dispersas a lo largo de poblaciones y localidades ribereñas de las provincias de Coronel Portillo y Padre Abad.

Los 10 primeros CLAS instalados en 1994 demandaron una inversión de S/.80,263 nuevos soles. Durante 1995 se le transferirá S/.1'093,052 nuevos soles.

La ejecución del Programa de Salud Local ha demandado la contratación de 75 personas de las cuales 11

son médicos, 30 profesional no médico y 34 técnicos. Adicionalmente, a 100 trabajadores nombrados se les ha hecho contratos de ampliación horarias y racionamientos.

II.13 Departamento de Lima

II.13.1 Sub-Región Lima Ciudad

En esta sub-región sólo hay 1 CLAS Cerro El Pino, por cuanto en la estrategia inicial se consideró el trabajo metropolitano como una segunda opción. Sin embargo, desde su instalación y pese a lo difícil del lugar, ese CLAS ha registrado regularidad en su servicio beneficiando a 3,200 personas.

Al 31 de Diciembre de 1995 el Estado deberá haber transferido a dicho CLAS la suma de S/.101,355 nuevos soles. Con dichos recursos se ha logrado la contratación de 1 médico, 2 profesionales no médicos, 3 técnicos y la ampliación horaria para otros 5 profesionales.

II.13.2 Sub-Región Lima Norte

Durante el presente año se han conformado 4 CLAS en ésta Sub-región, uno de los cuales (Chancayllo) está ubicado en la provincia de Huaral y los otros 3 en la periferia norte de Lima Metropolitana.

Según sus propios datos censales los 4 CLAS atienden a una población de 43,000 personas. Durante el año 1995 recibirán transferencias por S/.357,496 nuevos soles. El personal contratado es de 51 personas, de los cuales 8 son médicos, 20 profesional no médicos y 23 técnicos.

III. PRODUCCION DE SERVICIOS

Si bien no se tiene una estadística a nivel nacional sobre la evolución de los servicios, a continuación damos a conocer algunas cifras de las Sub-regiones: Chincha, La Libertad, Tacna, Loreto y una evaluación de los aspectos gerenciales de las sub-regiones de salud de Chota y Ayacucho.

III.1. UTES Chincha

Hasta el mes de Abril del presente año se tiene estadísticas sobre la evolución de las actividades de salud en la UTES Chincha, conforme se establece en los cuadros adjuntos. En la Utes Chincha se ha pasado de 4,083 atenciones a 10,214 atenciones, crecimiento que se registra progresivamente a lo largo de 9 meses. Esta cantidad de atenciones ha sido acompañada en el crecimiento de pacientes atendidos que en el mismo período de Julio '94 - Abril '95, han pasado de 1,776 a 5,262, habiendo incluso en el mes de febrero registrado una cifra pico de 6,217. El incremento de atenciones y atendidos también se refleja en la expansión de los ingresos propios, dado de que un agregado de 5,433 en Julio del '94, se ha pasado en Abril del '95 a 18,893, considerando que en Marzo los ingresos ascendieron a 20,843.

Es importante el caso de Chincha, por cuanto allí se inicio el Programa en región costa del país y prácticamente a nivel nacional.

III.2 Región La Libertad

En el caso de La Libertad se tiene, en cuanto a atenciones médicas, que antes de iniciarse el Programa de Administración Compartida, en los 21 establecimientos comprometidos se registraron 2,890 atenciones médicas, a Junio del '95 estadísticamente se tiene que se ha subido a 5,110 establecimientos.

En visitas domiciliarias se ha pasado de 1,005 a 3,897 y en charlas educativas de 105 a 398.

III.3 Sub-Región Tacna

La Sub-región Tacna es otro caso de trabajo exitoso de los CLAS. Antes de la ejecución del Programa de Administración Compartida se tenía registradas 4,531 atenciones médicas en Junio del '95 se ha pasado a 16,873.

En visitas domiciliarias se da un crecimiento similar, pues de 835 se pasa a 2,678. En charlas educativas de 69 que habían antes de iniciarse el PAC se pasa a 235 al 30 de Junio del presente año.

III.4 Región Loreto

En éste Departamento en atenciones médicas se tenían registradas 1,980 antes de iniciarse el PAC; esos mismos establecimientos a Junio del '95 han registrado 4,547 casos.

En visitas domiciliarias en Junio del '95 se tiene 3,768 visitas contra 786 al iniciarse el Programa. Igualmente en charlas educativas se ha pasado de 76 a 343 en Junio del presente año.

III.5. Otras Evaluaciones

A manera de informarse de la forma en que vienen operando los CLAS, en sus aspectos gerenciales, se ha pedido una autoevaluación a las Sub-regiones de Salud de Chota, habiéndose obtenido los resultados que se presentan a continuación y de donde se deduce que el proceso de capacitación debe continuar en forma sostenida, por cuanto se detectan limitaciones en la participación de la comunidad, así como en la organización de los establecimientos.

IV. SITUACION PRESUPUESTAL

Durante el presente año de 1995, al igual que en 1994 el Programa de Administración Compartida tuvo 2 fuentes de financiamiento:

- El Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, que financió a 3 consultores permanentes y 2 de muy corto tiempo para ayudar en el diseño y ejecución del Programa.
- El Programa Salud Básica Para Todos, que se encarga de financiar el Programa. Sus recursos provienen del Tesoro Público, con los siguientes resultados. En 1994 se transfirió a los CLAS S/.3'009,448 nuevos soles. Para el presente año '95 se transferirá a los CLAS la suma de S/.25'015,240 nuevos soles. Si sumamos la inversión del Tesoro '94 - '95 al 31 de Diciembre de éste año reportaran un gasto de S/.28'024,688 nuevos soles.

V. EVALUACION DEL PROGRAMA

Tanto por el diseño, como por las dimensiones alcanzadas, el Programa de Administración Compartida si bien se encuentra inscrito dentro de una política sectorial de reforma, resulta teniendo aún una dimensión experimental, que es necesario evaluar, a fin de determinar sus potencialidades y limitaciones.

La idea de la evaluación ha estado inscrita desde un inicio como una parte sustantiva de la continuación del PAC y en general dentro de un lineamiento de sustitución de los sistemas tradicionales de administración del primer nivel de servicios. La propia necesidad y el interés que ha despertado el Programa, ha impulsado a diferentes instituciones a solicitar o financiar evaluaciones desde inicios del presente año

Sin embargo, estas evaluaciones no pudieron hacerse antes por cuanto su validez no sólo se encuentra ligada a un buen marco muestral, a una metodología apropiada y una suficiencia profesional en el manejo de la información y presentación de conclusiones, sino que también se necesita que el grupo de establecimientos a evaluarse tuviera un tiempo de funcionamiento, de por lo menos diez meses en promedio, y respaldar así las investigaciones y conclusiones que se obtengan con un mínimo de sostenibilidad en el tiempo.

Asimismo, se ha pensado la evaluación en tres dimensiones a fin que sus resultados permitan adoptar decisiones en el nivel político administrativo correspondiente, respecto a la administración del primer nivel de servicios de salud pública en el Perú:

- a) Visualice las ventajas y limitaciones de ésta modalidad administrativa respecto a las formas tradicionales de programación, ejecución y fiscalización del gasto en el actual sistema público.
- b) Si la comunidad tiene o no una participación más efectiva, respecto a otras modalidades de salud comunitaria experimentadas en el sector público de salud.
- c) Si la producción y productividad de los servicios han mejorado en cantidad y calidad a partir del funcionamiento del Programa.

Por otro lado, hay una especial expectativa por ver los resultados del Programa, para lo cual se han planteado varias propuestas de evaluación:

- a. Evaluación que el Programa de Administración Compartida llevará a cabo a nivel nacional el 15 de Diciembre.
- b. Programa de Evaluación contratado con una empresa consultora por el Proyecto PAPI, a solicitud del Programa Salud Básica Para Todos
- c. Evaluación del Programa de Evaluación Compartida, contratada por un grupo de consultores por el Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

A fin de alcanzar complementariedad en éstos esfuerzos y tomando en consideración las propias aspiraciones de las instituciones promotoras, los trabajos de evaluación podrían considerar lo siguiente:

- a) Que el Programa de Administración Compartida ejecute su evaluación interna del 15 de Diciembre, a partir del informe de conclusiones de los eventos macroregionales de seguimiento realizados en el mes de agosto de 1995, con apoyo de UNICEF, y que dicho documento sea material de consulta obligado para los equipos de profesionales que deban realizar otras acciones de evaluación.
- b) La evaluación externa contratada por el Programa Salud Básica para Todos, a través del Proyecto PAPI encamine sus esfuerzos hacia las zonas andinas y de selva que es en donde mayormente se concentran las áreas más pobres del país.
- c) Se contrate un grupo consultor externo por el Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, que realice una evaluación integral del Programa, en cuyo proceso debe actuar como contraparte el personal del PFSS y se cuente con una muestra de establecimientos más numerosa y selectiva, de tal forma que los resultados evaluativos sean de un mayor nivel de confiabilidad.
- d) Es necesario que complementariamente al esfuerzo que se realice por las tres fuentes de evaluación mencionadas, se agregue la contratación, por el PFSS, de un Consultor Internacional, de muy alto nivel, que pueda presentar un informe sobre los aspectos cualitativos y conceptuales del Programa de Administración Compartida. Inicialmente se ha sugerido que podría ser el Profesor Carl Taylor, quien opinó sobre los alcances del programa, cuando éste se encontraba en su etapa de diseño.

Respecto a la oportunidad para ejecutar estas acciones de evaluación, los meses de octubre a diciembre de 1995 aparecen como los más apropiados, no sólo por cuanto habrá un grupo de establecimientos con por lo menos ocho a diez meses de experiencia de trabajo, sino por cuanto sus resultados, que serían entregados a fines de año, podrían tomarse muy en cuenta en la administración del gasto público para el primer nivel de servicios, en el año fiscal de 1995; así como en la conceptualización y acciones subsiguientes del proceso de reforma y modernización sectorial de Salud Pública.

VI. PERSPECTIVAS PARA EL AÑO 1996

La situación para el próximo año no está aún aclarada por cuanto si bien presupuestalmente existen las provisiones financieras para atender los gastos de los actuales CLAS, queda muy limitada la expansión del Programa por cuanto habrían recursos adicionales solo para 60 nuevos establecimientos con lo cual se llegaría a 500, que representarían el 10% del total de establecimientos del primer nivel de servicios que hay en el país.

Por otro lado, destaca el hecho que no se haya recibido Directivas sobre el funcionamiento de los CLAS, con relación al Programa de Salud Básica para Todos, es decir viabilizar la posibilidad de sustituir la administración centralizada de establecimientos por la de Administración Compartida.

A continuación se precisan algunos aspectos que consideramos importantes y cuya solución exige tomar medidas en el más breve plazo, a fin de consolidar los esfuerzos de descentralización realizados:

- Se ha dispuesto la eliminación del Sub Programa Presupuestal y ni siquiera se considera como actividad al Programa de Administración Compartida. Esta decisión no ha sido sustentada y no cuenta, extraoficialmente, con la opinión favorable de funcionarios del MEF.
- Se ha dispuesto que, a partir de enero, el Proyecto BID deje de financiar y en la práctica desactive, el equipo central del Programa de Administración Compartida, sin haber anunciado tal decisión oportunamente, a fin de tomarse las provisiones correspondientes.
- No se ha firmado las Resoluciones Ministeriales que aprobaban la incorporación de LOS 435 establecimientos a los CLAS.

- No se ha discutido, ni mucho menos aprobado, la directiva por la cual se aligeran los procedimientos administrativos para la remisión de fondos. De manera inexplicable, los niveles correspondientes del MINSA, no dan paso, ni siquiera a discutir, el texto de una Directiva que elimina todas las trabas, moderniza los sistemas, aligera el envío de fondos y precisa las responsabilidades de control. La ausencia de dicha directiva (conversada y coordinada con funcionarios del MEF) permite que por ejemplo el personal de Cajamarca reciba sus transferencias (que el 25 de Julio estuvieron en el MINSA), recién el 4 de Octubre, hecho que desafortunadamente es una constante burocrática nacional del sector.
- No se ha dado curso a conversar la ejecución de 12 medidas, en favor del primer nivel de servicios, propuesta en el mes de agosto, para ser implementadas a partir del 1 de enero de 1966.
- El presupuesto aprobado en 1966 sólo alcance para el funcionamiento de sesenta nuevos CLAS (aproximadamente 497).

Sin embargo, hay también señales positivas, que dan la certeza de una reactivación del Programa, entre las cuales destaca:

- La previsión presupuestal para los actuales CLAS.
- La decisión de la población de no desactivar los CLAS y mas bien insistir en propuestas descentralizadoras.
- Que se estén llevando a cabo acciones de evaluación del Programa.
- Que fuera del Ministerio e incluso en el extranjero exista una real expectativa sobre el funcionamiento del Programa de Administración Compartida.
- Las expresiones de apoyo al Programa dadas por el Señor. Ministro de Salud Dr. Eduardo Yong Motta.