

Ministerio de Salud
Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud

Sistematización de estudios e investigaciones con relación al modelo de cogestión CLAS

Número de producto: 3

Nombre del producto 3: Sistematización de estudios e investigaciones con
relación al modelo de cogestión CLAS.

Susana Guevara Salas
Nº de Contrato: 058-2004/CI/BM

Lima, Agosto del 2004

Ministerio de Salud
Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud

Sistematización de estudios e investigaciones con relación al modelo de cogestión CLAS

Lic. Susana Guevara Salas
Lic. Elena Ramos Tenorio

Lima, Agosto del 2004

INDICE

1. Presentación	4
2. Relación de abreviaturas y acrónimos	6
3. Resumen Ejecutivo	7
4. Objetivos de la sistematización	11
5. Metodología de trabajo	11
6. Hallazgos de la sistematización	14
6.1 Una visión general de los hallazgos	14
6.2 Sistematización de acuerdo a metodología empleada	15
6.3 Sistematización cronológica	20
6.4 Sistematización por temas	23
6.4.1 Reforma del sector salud	25
6.4.2 Descentralización	30
6.4.3 Diseño del modelo	34
6.4.4 Aspectos normativo-legales	38
6.4.5 Implementación del modelo	40
6.4.6 Gestión gerencial	43
6.4.7 Acceso a los servicios de salud	47
6.4.8 Calidad de los servicios de salud	48
6.4.9 Participación comunitaria	50
6.4.10 Propuestas al modelo CLAS	54
7. Inventario de estudios y evaluaciones sobre CLAS	60
8. Conclusiones y recomendaciones	67

Anexo:

Reseñas de estudios y evaluaciones sobre experiencia CLAS

1. Presentación

El Programa de Administración Compartida (PAC) fue creado en 1994 con los objetivos de mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, ampliar su cobertura, prestar servicios a un costo mínimo y consolidar la participación comunitaria organizada en los establecimientos de salud. Para lograr los objetivos del PAC se crearon los Comités de Administración Compartida (CLAS), organizaciones sin fines de lucro, de carácter privado, con personería jurídica y que suponen un alto grado de participación voluntaria de los miembros de la comunidad. Está integrado por tres representantes elegidos por la comunidad, tres miembros de la comunidad propuestos por el jefe del establecimiento de salud. Su órgano máximo es la Asamblea General; el Consejo Directivo es el órgano responsable de la marcha administrativa del CLAS.

Desde la implantación del modelo de cogestión CLAS en el país, se han realizado diversos estudios y evaluaciones que abordan el tema desde perspectivas diversas, con diferente énfasis y nivel de profundidad, que proveen información cuantitativa y cualitativa sobre la experiencia.

Desde la última evaluación realizada se han producido, además, una serie de situaciones nuevas que han impactado sobre la gestión y el desempeño de los CLAS, como las que se derivan de la implantación del Seguro Integral de Salud o de la aplicación de las medidas administrativas adoptadas por el Ministerio de Salud con respecto a su organización y funcionamiento, las que no han sido evaluadas. El proceso de descentralización en marcha, que propone a los gobiernos locales como los destinatarios naturales de la atención de la salud en los niveles básicos y, la importancia que últimamente han adquirido los diferentes espacios de participación ciudadana, plantean por su lado la necesidad de volver sobre algunos temas relacionados con el modelo CLAS y los resultados de su aplicación que tendrían que ser considerados como base y punto de partida de las decisiones que se tomen en relación al modelo bajo este nuevo escenario.

Este trabajo tiene el objetivo de sistematizar los hallazgos de los diferentes estudios realizados sobre el tema, de manera que pueda servir de insumo para el análisis de las tendencias con respecto a la evolución del modelo e informar adecuadamente para la toma de decisiones en la perspectiva de incorporar cambios y ajustes que garanticen su adecuación a los distintos contextos en los que se aplican, así como su

sostenibilidad, expansión y continuidad en el marco de los cambios que se están operando a nivel de la organización del Estado.

Al mismo tiempo, esta sistematización permitirá enfrentar el diseño de una nueva evaluación de la experiencia que permita actualizar información, particularmente con respecto a aquellas áreas y temas que resulten relevantes para el análisis de tendencias, que llene los vacíos de información identificados, que incluya dentro de sus alcances los aspectos que no han sido objeto de un análisis previo y, que profundice en el análisis de los que han sido insuficiente o parcialmente abordados.

En la primera parte del Informe se presentan los hallazgos generales y particulares de la sistematización, la metodología empleada, y la propuesta de términos de referencia para la nueva investigación evaluativa. En la segunda parte (Anexo), se presentan las reseñas de los documentos analizados.

Lima, agosto del 2004

2. RELACION DE ABREVIATURAS Y ACRONIMOS

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CLAS	Comité o Comunidad Local de Administración de Salud
COPAC	Comité Permanente de Coordinación y Apoyo
CTAR	Consejo Transitorio de Administración Regional
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas
DISA	Dirección de Salud
DL/DS	Decreto Ley / Decreto Supremo
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENNIV	Encuesta Nacional de Niveles de Vida
EPS	Empresa Prestadora de Salud
FONAVI	Fondo Nacional de Vivienda
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONCODES	Fondo de Compensación y Desarrollo Social
GTZ	Agencia de Cooperación Alemana
MINSA	Ministerio de Salud
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
ONG	Organismos no Gubernamentales de Desarrollo
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAAG	Programa de Administración de acuerdos de Gestión
PAC	Programa de Administración Compartida
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PSBT	Programa de Salud Básica para Todos
PSL	Programa de Salud Local
RUC	Registro Único de Contribuyentes
SEG	Seguro Escolar Gratuito
SIS	Seguro Integral de Salud
SMI	Seguro Materno Infantil
SUNAT	Superintendencia Nacional de Administración Tributaria
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia para el Desarrollo Internacional

3. RESUMEN EJECUTIVO

Los objetivos del trabajo fueron dos: a) sistematizar la información producida con relación al funcionamiento y desempeño de las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) y evaluar la calidad, pertinencia, alcances y nivel de profundidad de los estudios y evaluaciones realizadas desde que el modelo fuera implantado en el país y, b) diseñar un estudio que permita evaluar la experiencia, desde una perspectiva integral y multidimensional, que identifique y analice las ventajas, desventajas, limitaciones, potencialidades y perspectivas del modelo en el escenario de la descentralización político-administrativa del país.

El proceso de sistematización tuvo las siguientes etapas: a) búsqueda de información a través de diferentes fuentes: (informantes clave del sector público y de la cooperación internacional, investigadores, centros de documentación especializados páginas especializadas de internet); b) elaboración de un inventario preliminar de estudios identificados; c) lectura, análisis, clasificación y elaboración de reseñas; d) clasificación de los estudios y evaluaciones encontradas.

Los estudios reseñados se han clasificado en los siguientes temas: reforma del sector salud; descentralización del sector salud; diseño del modelo de cogestión CLAS; aspectos legales del modelo de cogestión CLAS; implementación del modelo de cogestión; gestión gerencial; acceso a los servicios de salud en el modelo CLAS; calidad de atención; participación comunitaria y, propuestas para el mejoramiento del modelo.

En total, se ha identificado 63 estudios sobre CLAS realizados a lo largo de diez años, desde 1994 hasta el año 2004. De este total, solamente se ha ubicado, físicamente o en forma electrónica, a 44 documentos, faltando por obtener 19, de los cuales doce corresponden a diferentes consultorías realizadas para el MINSA. Este aspecto ha constituido una fuerte limitación para el desarrollo de la consultoría.

De los cuarenta y cuatro estudios revisados, no existe uno sólo que aborde de manera integral la pertinencia y viabilidad del modelo de cogestión de los servicios de salud propuesto por el MINSA, a través de los CLAS; algunos discuten la propuesta del modelo en sí mismo y aportan ideas para su mejora. Otros, se enfocan a aspectos particulares de la problemática.

La información que da cuenta de la eficacia y eficiencia del modelo se sustenta en estudios de los cuales muchos, responden a los primeros años de implementación. De los 44 estudios reseñados, sólo seis se sustentan en encuestas aplicadas a la población beneficiaria, trece se basan en entrevistas con diferentes actores del proceso (funcionarios, autoridades, gerentes) y, cinco son informes de autodiagnósticos elaborados por miembros de CLAS. La mayoría (23) de estudios se basan en la revisión de estudios previos, por lo que las conclusiones a las que arriban son redundantes.

El grueso de la producción de estudios referidos a los CLAS se realizó entre los años 1997-2000 (41%), fase de institucionalización de la gestión del PAC. Un segundo gran momento de producción se da entre los años 2001 hasta la actualidad (38%), etapa que corresponde a la etapa de revisión del modelo.

Los temas mas tratados han sido participación comunitaria (50%), gestión gerencial (48%) y, acceso a los servicios de salud (30%). Los temas menos tratados han sido reforma del sector salud, calidad de los servicios y descentralización.

Entre las principales conclusiones destacan las siguientes:

- El tema del acceso de la población a los servicios de salud –que sería el camino para evaluar la efectividad del modelo- sólo es tratado por el 30% de los estudios; muchos de ellos de manera tangencial y/o redundante.
- Sólo hay siete estudios referidos a la calidad de atención en los establecimientos de salud, esto obedecería a que el último estudio basado en fuente primaria data de 1999 y que sobre sus resultados ya existe bastante literatura.
- La clasificación por temas respondió a las materias encontradas en los estudios a los que se tuvo acceso. Temas importantes, tales como financiamiento del programa, demanda de servicios de salud, cobertura del programa, calidad de los servicios de salud, sostenibilidad, entre otros, no pudieron ser considerados para la clasificación, porque no fueron tratados en los estudios revisados.
- Los estudios realizados sobre la reforma del sector salud, indican que éstas fueron desarrolladas e implementadas sólo por el MINSA. En estos procesos el Congreso

tuvo un papel nulo. Este contexto expresa una débil institucionalización de las reformas.

- Los CLAS serían una experiencia de descentralización focalizada y no parte de un proceso integral de descentralización política del país. Los logros y limitaciones de los CLAS dependerían del mayor o menor nivel de participación efectiva de la comunidad.
- El análisis de la legislación nacional indica que es necesario un nuevo marco constitucional en materia de democracia participativa y control ciudadano. El marco legal existente reflejaría una voluntad política para descentralizar el Estado y crear medios efectivos de participación ciudadana, en los que se enmarcaría el modelo de cogestión.
- Las normas específicas del modelo de cogestión CLAS son inadecuadas; no existe un conjunto armónico de normas y su constante modificación genera inestabilidad jurídica, produciéndose malas interpretaciones o aplicaciones incorrectas en el nivel regional y local.
- La existencia de diversas fuentes de financiamiento del sector salud habría creado ineficiencias administrativas, duplicaciones y confusión en los programas, presupuestos y reportes requeridos por las autoridades regionales.
- Un aspecto central en la gestión de los CLAS es el de los recursos humanos. Por un lado se reconoce los beneficios del sistema privado para contar con mejores profesionales de salud, con un mayor tiempo de permanencia y con mejores condiciones laborales, pero los salarios más altos del personal de los CLAS encarece el programa.
- Habría un mayor incremento de la cobertura en los establecimientos CLAS en los que la participación comunitaria es mayor.
- Habría un mayor acceso de la población a los servicios de salud en aquellos establecimientos CLAS localizados en áreas urbano marginales.

- A pesar del incremento en la cobertura y del avance en la producción de servicios, aún existirían debilidades en los aspectos referidos a equidad e inclusión de los más pobres a los servicios de salud.
- No existe un criterio uniforme sobre las variables a partir de las cuales se construye el indicador de calidad de atención y tampoco existe una percepción común acerca de la mejor o igual calidad de atención entre los establecimientos gestionados bajo el modelo CLAS y el resto de establecimientos de salud.
- Destaca la presencia mayoritaria de las mujeres pertenecientes a organizaciones de base (comités de vaso de leche, comedores populares, clubes de madres) en los CLAS.
- No existe un consenso en los criterios con los que se mide la participación comunitaria, en el enfoque acerca de ésta (estrategia o fin), ni en los avances al respecto. En los casos que la participación comunitaria existe, ésta es débil y se limita a aspectos secundarios de la gestión.
- El tema de la cogestión no se habría internalizado en la población en la que se ubican los establecimientos CLAS; primaría una actitud de desconocimiento e indiferencia de la comunidad y los usuarios sobre los CLAS.

4. OBJETIVOS DE LA SISTEMATIZACIÓN

El PAR Salud concibe la sistematización como un proceso acumulativo de conocimientos a partir del análisis de diferentes estudios previos. Es decir, un procedimiento de ordenamiento, recuperación, articulación y análisis de conocimientos previos. Asimismo, menciona que la sistematización apuntará a mejorar los conocimientos existentes para aportar en el diseño de políticas.

Los objetivos del presente trabajo son:

- a) Sistematizar la información producida con relación al funcionamiento y desempeño de las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) y evaluar la calidad, pertinencia, alcances y nivel de profundidad de los estudios y evaluaciones realizadas desde que el modelo fuera implantado en el país.
- b) Diseñar un estudio que permita evaluar la experiencia, desde una perspectiva integral y multidimensional, que identifique y analice las ventajas, desventajas, limitaciones, potencialidades y perspectivas del modelo en el escenario de la descentralización político-administrativa del país.

5. METODOLOGÍA DE TRABAJO

La realización del presente trabajo ha tenido los siguientes momentos:

1. Una primera etapa de búsqueda de información a través de diferentes fuentes:

- Informantes clave tanto del sector público como de la cooperación internacional¹, los que proporcionaron información acerca de estudios realizados en el pasado y en la actualidad y, también en algunos casos, orientaron acerca de los lugares donde estos estudios se encontraban disponibles.

¹ Fueron valiosos los aportes de la Dra. Lucy López (USAID), Dra. Virginia Baffigo (CARE), Dr. Walter Vigo (PAAG), Dr. Darwin Cuadros (PAAG) y Dr. Luis Fuentes (DGPS), para la identificación de estudios y evaluaciones.

- Investigadores². Proporcionaron estudios realizados por ellos mismos u otros de referencia.
 - Centros de documentación especializados (OPS, Universidad del Pacífico, Universidad Cayetano Heredia, biblioteca del MINSA).
 - Páginas especializadas de internet (OPS, Banco Mundial, BID, CEPAL, CIES).
 - Bibliografía citada por los estudios previos.
2. Elaboración de un inventario preliminar de estudios identificados. Este inventario fue compartido con funcionarios del PAAG y algunos investigadores (Altobelli, Sobrevilla, Ugarte), a fin de solicitarles información adicional sobre la bibliografía y/o brindaran alguna información sobre los textos hasta ese momento no ubicados.
 3. Una tercera etapa de lectura, análisis, clasificación y elaboración de reseñas sobre la base de una matriz elaborada previamente, la cual recogía los puntos clave solicitados en los términos de referencia (datos bibliográficos, temas, metodología y limitaciones).
 4. En la cuarta etapa se procedió a clasificar los estudios y evaluaciones encontradas. La clasificación por temas respondió a las materias encontradas en los estudios a los que se tuvo acceso. Temas que son importantes en una evaluación de los CLAS, tales como financiamiento del programa, demanda de servicios de salud, cobertura del programa, calidad de los servicios de salud (no solamente percepción del usuario), sostenibilidad, entre otros, no pudieron ser considerados para la clasificación, porque no fueron tratados en los estudios revisados. Con esta atinencia, presentamos la clasificación temática siguiente:
 - a) Estudios sobre la reforma del sector salud.- incluye todos los estudios e informes que de alguna manera relacional los CLAS con la Reforma del Sector Salud.
 - b) Estudios sobre descentralización del sector salud.- incluye todos los estudios o informes que analizan la relación de los CLAS con la descentralización del sector salud.

² La Dra. Laura Altobelli (FUTURAS GENERACIONES), Dr. Oscar Ugarte (HRPLUS) y Dr. Luis Sobrevilla (HRPLUS) no sólo proporcionaron información, sino también su valioso tiempo y archivos privados con estudios y evaluaciones de los CLAS.

- c) Estudios sobre el diseño del modelo de cogestión CLAS.- en este rubro se ha incluido todos los estudios que aluden de alguna manera a la propia concepción o a los elementos implícitos en el diseño del modelo CLAS.
- d) Estudios sobre aspectos legales del modelo de cogestión CLAS.- acá se ha incluido dos tipos de estudio: el primero. Relativo a la normatividad propia de los CLAS y, el segundo referido a aspectos legales marco en el que se inscribe el modelo de cogestión CLAS.
- e) Estudios referidos al proceso de implementación del modelo de cogestión.- en este rubro se ha considerado a los estudios o informes referidos al proceso seguido en la implementación del modelo de cogestión, se incluye también aquellos documentos que relatan el proceso histórico seguido en el diseño y puesta en marcha de los CLAS.
- f) Estudios sobre la gestión gerencial del modelo CLAS.- acá se considera los estudios e informes que aluden aspectos propios de la gestión gerencial tales como: recursos humanos, aspectos administrativos, monitoreo y evaluación y aspectos financieros y contables.
- g) Estudios referidos al acceso a los servicios de salud en el modelo CLAS.- comprende a los diversos estudios que de alguna manera, se refieren a la cobertura de los establecimientos bajo gestión de los CLAS, en algunos casos, en comparación con los establecimientos “no CLAS”.
- h) Estudios referidos a la calidad de atención.- incluye a los estudios o informes sobre la percepción de los usuarios de los servicios sobre la calidad de los mismos.
- i) Estudios sobre participación comunitaria en el modelo CLAS.- considera los estudios que aluden a la presencia de la comunidad organizada, ya sea como miembros del CLAS o en el marco del ámbito local en el que se ubican los establecimientos. También se incluye los documentos que aportan reflexiones acerca del propio concepto de participación comunitaria o participación ciudadana.

j) Estudios con propuestas para el mejoramiento del modelo.- comprende los estudios que apuntan a ofrecer alternativas de carácter integral o particular, para mejorar o ajustar la propuesta CLAS.

La principal limitación de este estudio ha sido la recuperación de estudios y evaluaciones realizados por el Ministerio de Salud. La alta rotación de funcionarios en el sector no ha permitido tener una “memoria institucional” y menos archivos con la documentación de los estudios y evaluaciones realizadas que no fueron suficientemente difundidos ni mucho menos publicados. Un ejemplo de esto es el documento “Evaluación externa del PAC. Programa Salud Básica para Todos. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión”, Lima, 1999. Este documento, pese a su importancia, no ha podido ser ubicado.

De los 19 documentos³ no ubicados, doce corresponden a diferentes consultorías para el MINSA, los restantes son de autoría de investigadores de otras instituciones.

6. HALLAZGOS DE LA SISTEMATIZACION

6.1 Una visión general de los hallazgos

Existe una gran cantidad de estudios que tratan el tema de los CLAS desde diferentes ángulos. Algunos discuten la propuesta del modelo en sí mismo y aportan ideas para su mejora. Otros, se enfocan a aspectos particulares de la problemática. La mayoría de estos estudios se encuentran dispersos, en archivos privados; muy pocos de ellos se encuentran en el Ministerio de Salud.

En total, se ha identificado 63 estudios sobre CLAS realizados a lo largo de diez años, desde 1994 hasta el año 2004. De este total, solamente se ha ubicado, físicamente o en forma electrónica, a 44 documentos, faltando por obtener 19.

De los cuarenta y cuatro estudios revisados, no existe uno sólo que aborde de manera integral la pertinencia y viabilidad del modelo de cogestión de los servicios de salud propuesto por el MINSA, a través de los CLAS. Un estudio de este tipo debería de

³ A lo largo de los meses de julio y agosto, se buscó y solicitó vía correo electrónico, a diversas personas e instituciones (centros de investigación y bibliotecas) que podrían tener acceso a estos documentos. Incluso, en algunos casos se recurrió a los propios autores. Así, se pudo acceder a siete de los documentos faltantes.

abarcar aspectos tales como: eficacia, eficiencia, participación social, sostenibilidad social y financiera y, gestión propiamente dicha, entre otros.

Cabe en este punto señalar, que el Informe Final “Revisión y Propuesta de Ajustes para el Modelo de Cogestión de Servicios del Ministerio de Salud” (compuesto por siete informes parciales), realizado a solicitud de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA en el año 2002, constituye un avance en este sentido.

6.2 Sistematización de acuerdo a metodología empleada

La información que da cuenta de la eficacia y eficiencia del modelo se sustenta en estudios de los cuales muchos, responden a los primeros años de implementación del modelo, por lo que las características de los CLAS impulsados a manera piloto en estas fases, podrían estar sesgando los resultados encontrados.

En lo que se refiere al conocimiento del impacto del modelo CLAS en los niveles de salud de la población beneficiaria, tampoco se ha identificado algún estudio que se haya orientado específicamente a este objetivo. Existen algunas investigaciones puntuales que pese a sus limitaciones de cobertura geográfica, permiten obtener algunas luces al respecto, no estrictamente al impacto en la salud de la población, pero sí en relación a la ampliación de la cobertura de atención de los establecimientos bajo este modelo. Ellas son, la referida por Altobelli (1998), realizada en Ayacucho, Lima Norte y Chincha (Ica) (47 entrevistas); la realizada por Cortez (1998) en La Libertad, Lima y Junín y que involucró a 1053 usuarios de los servicios; y, la de Valle y otros, en dos CLAS de CUSCO (200 entrevistas) en 1999.

Por otro lado, también de manera indirecta, se pueden extraer algunas conclusiones acerca de la calidad de los servicios brindados en los establecimientos bajo gestión de los CLAS. Esta, valorada a través de la satisfacción de los usuarios, es tratada en el estudio de Cortez ya citado, en el de O’Brien y Barnechea (1996), realizado en Amazonas, Ayacucho y Tacna⁴, y en el de Vicuña (1998) en base a una encuesta a 2088 usuarios, ejecutada entre 1994/1995 en Piura, La Libertad, Ica, Ucayali, San Martín, Huancavelica, Pasco y Cajamarca.

⁴ No menciona número de entrevistas, sólo que se consideró a 30 CLAS.

Los cinco estudios referidos, además de un sexto realizado por Taylor (1996) orientado a evaluar la gestión de los establecimientos CLAS a partir de una muestra en Cusco, Tacna, Lima e Iquitos⁵, son los únicos trabajos sustentados en la recolección de información primaria. Como se observa, el más reciente data de 1999.

Otro grupo de estudios sustentados en fuentes primarias, son aquellos realizados a través de entrevista a personas vinculadas al modelo CLAS, tales como gerentes de los CLAS, funcionarios de las DISAs, funcionarios del MINSA y dirigentes comunales. En este grupo se ha ubicado a trece estudios, los cuales ayudan a profundizar en el conocimiento de algunos aspectos relativos a la gestión, la calidad y la sostenibilidad de los establecimientos. Su principal limitación es que no tienen representatividad.

Cabe destacar la existencia de cinco Informes de Diagnósticos Participativos, realizados por el MINSA en el año 2003. Estos diagnósticos se realizaron en talleres que contaron con la presencia de integrantes de 98 CLAS correspondientes a Cusco, Pasco, Huanuco, Ucayali y San Martín. Estos Informes, pese a que constituyen documentos muy concretos, tienen la bondad de expresar de manera detallada los principales obstáculos y logros que –en opinión de los propios actores- se observan en la implementación del modelo de cogestión CLAS.

De los 44 estudios reseñados, algo más de la mitad (23) se sustentan en la revisión de estudios previos, ya sea que éstos fuesen informes de trabajo de campo o análisis posteriores. Esto explica que en muchos casos, los análisis y conclusiones de estos documentos sean reiterativos.

⁵ No menciona número de entrevistas, sólo que abarcó 16 establecimientos de salud.

Relación de estudios sobre CLAS, según metodología empleada

Autores		Fuente Primaria			Muestra		Fuente secundaria		
		Cuantitativo	Cualitativo				Tamaño	Lugares	Revisión de estadísticas
			Encuestas	Entrevistas	Diagnóstico participativo	Análisis de contenido			
ABRAMSON Wendy	1999		X		No menciona	No menciona			
ALTOBELLI Laura C.	2002						X		X
	2001		X		No menciona	Lambayeque / Los Olivos			X
	2000						X		X
	1998a		X		47 entrevistas	Ayacucho/Chincha/Lima Norte	X		X
	1998b		X		14 entrevistas	Arequipa/Tacna/Lima Norte	X		X
ARROYO Juan	2001							X	X
	2000							X	
CASTILLO Martell Humberto	2002		X		No menciona (9 CLAS)	Piura/Tacna/Arequipa			X
CONTERNO Elena	2002							X	
CORTEZ R. y Phumpiu P.	1999						X		X
CORTEZ Rafael	1998a	X	X		12 gerentes/60 int.CLAS 1053 usuarios (12 ES)	La Libertad/Lima/Junin			
COTLEAR Daniel	2000						X		X
CHAU Lourdes	1995		X		No menciona			X	
DIAZ ROMERO Ricardo	2001						X		X
EWIG Cristina	2002		X		No menciona		X		X
	2000		X		24 funcionarios MINSAs	No menciona			X
LA ROSA Liliana	2004								X *
MINSAs/ PATHFINDER INT.	2003 a			X	7 CLAS / 43 personas	Cusco			
	2003 b			X	7 CLAS / 56 personas	Pasco			

Autores		Fuente Primaria			Muestra		Fuente secundaria		
		Cuantitativo	Cualitativo				Revisión de estadísticas	Cualitativo	
			Encuestas	Entrevistas	Diagnóstico participativo	Tamaño		Lugares	Análisis de contenido
	2003 c			X	70 CLAS / 371 personas	Huánuco			
	2003 d			X	7 CLAS / 47 personas	Ucayali			
	2003 e			X	7 CLAS / 48 personas	San Martín			
MS Y AS - GTZ	2002								X
O'BRIEN E.y BARNECHEA M.	1996	X			No menciona (30 CLAS)	Amazonas/ Ayacucho/ Tacna			
ORTIZ DE ZEVALLOS y otros	1999		X		No menciona			X	X
PUNTRIANO J.C.	2002a							X	
	2002b								X
RODRIGUEZ NEYRA Alfonso	2003							X	
SALAZAR F. y otros	1999	X			134 Jefes establecimientos 35 miembros de comunidad	San Martín, La Libertad Cajamarca, Lima Norte	X		
SOBREVILLA Alfredo	2002								**
	2000 b		X		4 informantes clave	No menciona			X
	1999	X			No menciona(19 DISAS)	26 DISAS: no contestaron en Sullana, Ica, Tacna, Chota Cajamarca, Pasco, Puno			
TAYLOR Carl	1996		X		No menciona (16 ES)	Cusco/Tacna/Lima/Iquitos			
TAYLOR C. y Paredes P.	2002								X
	1998		X		No menciona (2 CLAS)	Lima Norte/Lima Ciudad			
UGARTE Oscar	2001						X		X
UGARTE O. y Monge J. A.	2000						X		X
VALLE G. y otros	1999	X			200 usuarios, miembros y personal de salud	2 CLAS Cusco			
VELARDE Gonzáles Nicolás	2002a								X
	2002b								X

Autores		Fuente Primaria			Muestra		Fuente secundaria		
		Cuantitativo	Cualitativo				Tamaño	Lugares	Revisión de estadísticas
			Encuestas	Entrevistas	Diagnóstico participativo	Análisis de contenido			
VELARDE N.y Sobrevilla A.	2002								X
VERA del Carpio Juan José	1995a								**
VICUÑA Marisol y otros	1998a	X			61 CLAS/ 122 no CLAS 2088 usuarios	Piura/La Libertad/Ica/Ucayali San Martín/Huancavelica Pasco/Cajamarca			
TOTAL		6	13	5			11	7	23

* Menciona trabajo intensivo en los CLAS, pero no especifica ámbito ni metodología empleada.

** No menciona metodología.

6.3 Sistematización cronológica

Un segundo nivel de clasificación de los estudios sobre CLAS identificados, se realizó utilizando el criterio cronológico para observar su evolución a través del tiempo y determinar si respondieron a momentos políticos. Los criterios temporales fueron establecidos teniendo en cuenta las fases que establece Sobrevilla⁶ al realizar una revisión de la evolución histórica de los CLAS.

Las fases de división temporal que se proponen para la ubicación de los estudios y evaluaciones son las siguientes:

Primera Fase: organización y expansión del PAC. En esta fase se diseñó el marco legal y los instrumentos técnicos necesarios para la operación de los CLAS. Abarca el período desde inicios del año 1994 hasta septiembre del mismo año.

Segunda fase: consolidación del PAC. Esta fase se caracterizó por el crecimiento notable del número de CLAS a escala nacional, la intensa actividad del Equipo Técnico en la difusión del PAC en el ámbito nacional y el posicionamiento del PAC en el nivel central del MINSA. Esta etapa va desde Octubre del año 1994 hasta Octubre de 1997.

Tercera fase: institucionalización de la Gestión del PAC. Fase que se inició en Noviembre de 1997 cuando se constituyó el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG), encargado de promover la eficiencia en la asignación y uso de los recursos a través los Acuerdos de Gestión suscritos entre el Ministerio de Salud y las Direcciones de Salud. A partir de ese momento, el PAAG pasó a conducir el proceso de reorganización de los servicios de salud en el país. En abril de 1998, se produjo la designación de un mismo Coordinador General para el Programa de Administración Compartida y el Programa de Salud Básica para Todos (PSBT), con lo que se generó el primer precedente de integración funcional del PAC con el PSBT, su principal fuente de financiamiento.

Cuarta fase: revisión del modelo. La definición de estas etapas propuestas por Sobrevilla llega más o menos hasta el año 2000. Nosotros hemos agregado una nueva a partir del año 2000 hasta la actualidad, que coincide con los procesos de

⁶ SOBREVILLA, Alfredo. Informe final de consultoría. MINSA. Lima, 2002

descentralización y regionalización del país. La producción de estudios sobre CLAS ordenada en forma cronológica se presenta en el cuadro siguiente:

Relación de estudios sobre CLAS por años

Fases	Años	Estudios	Total
Primera fase: Inicios de 1994 - septiembre 1994	1994	Paredes (1994)	1
Segunda fase: octubre 1994 – octubre 1997	1995	Chau (1995) O'Brien y Barnechea (1996) Ortiz (1995) Vera del Carpio (1995a, 1995b)	10
	1996	Baca (1996) O'Brien y Barnechea (1996) Taylor (1996) UPCH / Consorcio Cataluña(1996)	
	1997	Rojas (1997)	
Tercera fase: noviembre 1997 – 2000	1998	Altobelli (1998a, 1998b) Cortez (1998a, 1998b) Peñarrieta (1998) Taylor y Paredes (1998) Velarde (1998) Vicuña (1998a, 1998b, 1998c)	26
	1999	Abramson (1999) Arroyo (1999) Cortez y Phumpiu (1999) Kincaid (1999) MINSA (1999) Ortiz de Zevallos y otros (1999) Salazar y otros (1999) Sobrevilla (1999) Valle y otros (1999)	
	2000	Altobelli (2000) Arroyo (2000) Cotlear (2000) Ewig (2000) Sobrevilla (2000a, 2000b) Ugarte y Monge (2000)	
Cuarta fase: 2001 – 2004	2001	Altobelli (2001) Arroyo (2001) Diaz (2001) Santisteban (2001) Ugarte (2001)	24
	2002	Altobelli (2002) Castillo (2002) Conterno (2002) Ewig (2002) MINSA / GTZ (2002) Puntriano (2002a, 2002b) Sobrevilla (2002) Taylor y Paredes (2002) Velarde (2002a, 2002b) Velarde y Sobrevilla (2002)	
	2003	MINSA / Pathfinder (2003a, 2003b, 2003c, 2003d, 2003e) Rodríguez Neyra (2003)	
	2004	La Rosa (2004)	
Documentos sin fecha		Ocaña y Gonzáles () Velarde (s/f)	2
Total			63

Como se observa en el cuadro, la mayor producción de estudios y evaluaciones se realizó en las segunda y tercera etapa, que corresponden a la fase de la institucionalización de la gestión del Programa de Administración Compartida y de revisión del modelo. En la primera etapa se realizaron 26 estudios y en la segunda 24, representando el 41%⁷ y el 38% de la producción total, respectivamente.

En la fase tercera (institucionalización) que abarca de 1997 al 2000, en la que se realizó la mayor proporción de los estudios, los temas recurrentes fueron los relativos a la gestión de los CLAS, seguidos por los que tratan el acceso de la población a los servicios de salud y los que discuten el tema de la Reforma del Sector Salud. La gran mayoría de estudios acerca de la gestión de los CLAS y la eficiencia del modelo en el acceso de la población a los servicios de salud han respondido al interés del Banco Mundial y del Banco Interamericano de Desarrollo, por identificar los logros y detectar las limitaciones en la aplicación del modelo. Cabe destacar que estas dos entidades han sido las principales impulsoras de la Reforma del Sector Salud en América Latina.

En la cuarta fase (2001-2004), llamada por nosotros de “revisión del modelo”, la mayoría de los estudios discute la gestión propiamente dicha de los CLAS, avanzando en señalar los puntos neurálgicos en el desempeño de éstos y, proponiendo –en muchos casos- alternativas de solución. Un aspecto levantado en varios documentos que analizan la gestión de los CLAS, es la real participación de la población en la gestión de dichos comités. Esta preocupación, bajo otra óptica, se refleja también en el importante volumen de estudios que discute la participación comunitaria, tanto en su concepción como en las estrategias e instrumentos diseñados para plasmarla⁸.

Por otro lado, y de manera coincidente con el período de descentralización iniciado en el país, en esta fase se realizaron seis de los ocho estudios sobre el tema de la descentralización de los servicios de salud. Cabe anotar que la mayoría de estos estudios (con la excepción de Ugarte, 2001) se refiere únicamente a la descentralización de los servicios de salud, no así al proceso de descentralización política-administrativa que crea las regiones, ni al proceso de descentralización a través de los gobiernos locales, iniciado en el año 2002.

⁷ Probablemente, la gran cantidad de estudios en estos años, responde al contexto de cuestionamiento al modelo por parte de un sector de altos funcionarios del MINSA (tema levantado por Altobelli, 2000)

⁸ De los 24 estudios referidos a participación comunitaria, 15 se realizaron entre el 2001 y 2004. De estos quince estudios, nueve respondieron a interés del MINSA.

6.4 Sistematización por temas

En el cuadro siguiente se presenta los estudios que han sido ubicados y por ende revisados (44) por los temas propuestos⁹: reforma del sector salud; descentralización; diseño del modelo; aspectos normativo-legales; implementación del modelo; gestión gerencial; acceso de la población a los servicios de salud; calidad de los servicios; participación comunitaria y, propuestas para el mejoramiento del modelo. Cabe mencionar que la mayor parte de los estudios se refieren a más de un tema relacionado con el modelo de cogestión CLAS.

La mitad de los estudios aluden de alguna manera al tema de participación comunitaria. En similar proporción (el 48% de los documentos) se trata el aspecto de gestión gerencial de los CLAS.

Cabe destacar que el tema de acceso de la población a los servicios de salud –que sería el camino para evaluar la efectividad del modelo- sólo es tratado por el 30% de los estudios; muchos de ellos de manera tangencial y/o redundante¹⁰.

Asimismo, los estudios referidos a la calidad de atención en los establecimientos de salud, sólo son siete (el 16%). Probablemente esto obedezca a que el último estudio basado en fuente primaria data de 1999 y que sobre sus resultados ya existe bastante literatura.

Los temas menos tratados en los documentos revisados (además del tema de calidad ya señalado) son los de la Reforma del Sector Salud, descentralización y propuestas para el mejoramiento del modelo.

Relación de estudios sobre CLAS por temas

Temas	Estudios	Total
Reforma del sector salud	Arroyo (2000, 2001) Cotlear (2000) Ewig (2002, 2000) Ortiz de Zevallos y otros (1999) Ugarte y Monge (2000)	7
Descentralización	Altobelli (2001) Cortez (1998) La Rosa (2004) Ortiz de Zevallos y otros (1999) Puntriano (2002a, 2002b) Ugarte (2001) Velarde (2002)	8
Diseño del modelo	Abramson (1999) Conterno (2002)	10

⁹ Ver punto 5 del presente Informe: Metodología del trabajo.

¹⁰ Ver punto 6.2: Sistematización de acuerdo a metodología empleada.

Temas	Estudios	Total
	La Rosa (2004) MINSa / Pathfinder (2003a, 2003b, 2003c, 2003e) Taylor y Paredes (2002) Velarde y Sobrevilla (2002) Taylor (1996)	
Aspectos normativo legales	Altobelli (1998, 2000) Chau (1995) MINSa / Pathfinder (2003a, 2003b, 2003c, 2003d, 2003e) Puntriano (2002a, 2002b) Rodríguez Neyra (2003)	11
Implementación del modelo	Altobelli (1998 a, 1998b, 2000, 2001, 2002) Cortez (1998a) Díaz (2001) O'Brien y Barnechea (1996) Ortiz de Zevallos y otros (1999) Salazar (1999) Sobrevilla (2000) Taylor y Paredes (2002)	12
Gestión gerencial	Altobelli (1998a, 1998b, 2000, 2001, 2002) Castillo (2002) Cortez y Phumpiu (1999) Cotlear (2000) Díaz (2001) La Rosa (2004) MINSa / Pathfinder (2003a, 2003b, 2003c, 2003d, 2003e) MSAS y GTZ (2002) O'Brien y Barnechea (1996) Salazar (1999) Sobrevilla (1999, 2000) Taylor (1996) Taylor y Paredes (1998) Vera del Carpio (1995)	21
Acceso de la población a los servicios de salud	Altobelli (1998a, 1998b, 2000, 2001) Castillo (2002) Cortez y Phumpiu (1999) Cortez (1998a) Cotlear (2000) O'Brien y Barnechea (1996) Salazar y otros (1999) Ugarte (2001) Valle y otros (1999) Velarde (2002b)	13
Calidad de los servicios	Cortez y Phumpiu (1999) Cortez (1998a) MSAS y GTZ (2002 f/p) Salazar y otros (1999) O'Brien y Barnechea (1996) Velarde (2002b) Vicuña (1998 ^a)	7
Participación comunitaria	Altobelli (1998a, 1998b, 2000, 2002) Arroyo (2001) Castillo (2002) Conterno (2002) Cortez y Phumpiu (1999) Cortez (1998a) Ewig (2002) MINSa / Pathfinder (2003a, 2003b, 2003c, 2003d, 2003e) MSAS y GTZ (2002 f/p) O'Brien y Barnechea (1996) Salazar y otros (1999) Sobrevilla (2000b) Taylor (1996) Valle y otros (1999) Velarde (2002b)	22
Propuestas para el mejoramiento del modelo	Abramson (1999) Altobelli (1998a, 2002) Arroyo (2001) Cotlear (2000) Sobrevilla (2000) Taylor y Paredes (2002) Velarde (2002a) Velarde y Sobrevilla (2002)	9

6.4.1 Reforma del Sector Salud

Uno de los primeros estudios sistemáticos sobre la Reforma del Sector Salud en el Perú, es el realizado por Ortiz de Zevallos y otros en 1999. En una reseña del proceso de gestación de la Reforma, se menciona que las normas que crearon el PAC y el Comité Permanente de Coordinación y Apoyo (COPAC) sólo requirieron la aprobación del Ministro del Sector y del Presidente de la República; el tema no pasó por el Consejo de Ministros ni por el Congreso. En la etapa de preparación de la Reforma y su posterior ejecución, hubieron dos temas polémicos: la posición de la Reforma frente a la descentralización y la estrategia de difusión pública. Señalan Ortiz de Zevallos y co-autores que la idea de la descentralización de los establecimientos de salud no fue aceptada por completo por los reformadores. Existían temores relacionados a la posibilidad de politización por parte de los gobiernos municipales, a que se vinculara la Reforma con la privatización y, también, a la falta de confianza en la capacidad de la población de participar en la cogestión de los establecimientos.

Esta desconfianza se basaba en tres argumentos: a) no había ninguna experiencia previa con éxito en este tipo de Gestión, b) la gestión independiente podía generar problemas cuando se tuviera que implementar programas de salud extendidos con acciones coordinadas con los establecimientos de salud y c) la gestión privada podría implicar la exclusión de usuarios de los servicios de salud con criterios subjetivos (Ortiz de Zevallos y otros 1999). Estos factores explicarían la decisión de los reformadores de empezar con pruebas piloto y continuar luego con una “expansión silenciosa”.

Haciendo historia del proceso recuerdan a los principales actores de éste. A nivel interno, impulsando la Reforma el Ministro de Salud (Freundt), consultores externos y luego con menor interés en el tema los Ministros Yong Motta y Costa Bauer; poniendo obstáculos por temor a perder privilegios por descentralización del gasto, la burocracia del MINSA y, criticando la supuesta “privatización encubierta de la salud pública” la Federación Médica. En el frente externo, el Colegio Médico, que también vinculó la reforma con un proceso de privatización de la salud pública.

En este contexto, el MINSA asumió un perfil bajo, aislándose del debate de otras reformas (como educación), en un ambiente político no favorable (elecciones 1993, 1995) y del debate ideológico sobre la gratuidad de los servicios de salud.

Los autores señalan que por el lado de la población -al no haber un lanzamiento público del programa- el significado e implicancias de la propuesta fue difundida sólo entre los beneficiarios directos de los CLAS. En un inicio, éstos no estaban organizados y por lo tanto no contaban con canales para expresar sus demandas, pero –anotan- “las dificultades están siendo superadas” y “la utilización de las pruebas piloto, la evaluación de resultados y la rectificación de los problemas fue consolidando la Reforma poco a poco”. Añaden que hace falta una estrategia para colocar esta experiencia dentro de la política integral del MINSA, y anotan que una Reforma tiene más posibilidades de éxito cuando, durante su proceso de implementación, se modifica el balance de poder, mediante la creación de nuevos grupos de interés en el tema. Al respecto, señalan que con la creación de los CLAS, los usuarios, los líderes y la comunidad en general tienen un interés concreto en que la Reforma no sea revertida.

Durante el año 2000, se produjeron cuatro estudios que con mayor o menor profundidad analizaron el tema de la Reforma de Salud (Ewing, Cotlear, Arroyo, Ugarte). Ewing enfatiza el carácter cerrado del proceso de formulación de las reformas en el sector salud en el Perú. Analiza el proceso de cuatro políticas de salud: el Programa Salud Básica Para Todos, los CLAS, las Empresas Prestadoras de Salud y el Programa de Planificación Familiar. Se ocupa de tres temas: la participación democrática, el papel de las instituciones internacionales y el marco institucional de las reformas.

En base a revisión de documentos y a entrevistas con funcionarios vinculados a las cuatro políticas señaladas, Ewing concluye en que el proceso de las reformas en salud se ha caracterizado por su poca democracia, expresada en que fue un grupo pequeño de técnicos el que las diseñó. En los proceso de formulación de las reformas, las instituciones internacionales tuvieron un rol importante. En el caso específico del PAC, la institución que más influyó fue UNICEF y, en menor medida, USAID y el BID.

Añade que los encargados de la formulación de las reformas tuvieron resistencia para la inclusión de partidos políticos y organizaciones de la sociedad civil y reemplazaron la concertación por las encuestas. Explica la ausencia de concertación por el tipo de personas en las que estuvo la responsabilidad del proceso de formulación: hombres en su mayoría de clase media, consultores externos, con una cultura de trabajo que privilegia la búsqueda de eficiencia en el proceso, con temor a generar oposición y con el supuesto de falta de alternativa por parte de los grupos “opositores” a la reforma.

Al igual que Ortiz de Zevallos, Ewing anota que estas reformas fueron desarrolladas e implementadas sólo por el MINSA, con la aprobación del Presidente (Decretos Supremos o Decretos Legislativos). En estos procesos el Congreso tuvo un papel nulo. Este contexto expresa una débil institucionalización de las reformas. En este aspecto coincide Cotlear (2000) quien dentro de un análisis integral sobre la gestión de los CLAS, anota que programas dirigidos como el PAC, políticamente débiles, pueden ser fácilmente modificados o desmantelados y que deben tomarse medidas para reducir su vulnerabilidad a las crisis fiscales y políticas.

Posteriormente, en el 2002, Ewing anota que las reformas del sector salud son reformas fragmentadas, carentes de visión, con políticas que muchas veces se contradicen entre ellas. Divide las reformas implementadas en el gobierno de Fujimori, en tres fases: la primera entre 1993 y 1995, con reformas en salud básica y dos estrategias, el Programa Salud Básica para Todos (PSBT) y el PAC (CLAS); la segunda, entre 1995 y 1998 con reformas en el seguro social y, la tercera entre 1999 y el 2000, caracterizada por una etapa de “quietud” (en un contexto de cuestionamiento a la campaña política electoral del fujimorismo).

Recuerda que siendo los objetivos centrales de la Reforma lograr equidad, eficiencia y calidad en los servicios de salud, los ajustes estructurales hicieron que el objetivo prioritario fuera la eficiencia, la que se alcanzaría aplicando modelos del sector privado (el neoliberalismo asume que una orientación al mercado llevaría a la equidad).

Arroyo (2000 y 2001) analiza el tema de la Reforma en el Sector Salud, sustentándose principalmente en el estudio de los dispositivos legales sobre el tema. En el 2000, se pregunta si las políticas de salud de los 90 representan una nueva política de Estado en el campo social y por tanto, con vigencia más allá de los cambios de gobierno. Anota que las reformas han sido “silenciosas”, sin etapas secuenciales de pre-reforma (diseño) y reforma (aplicación). Identifica tres momentos en la década de los 90: entre agosto de 1990 y diciembre de 1998: reformas bajo formas de políticas de emergencia; de 1991 a 1995, reformas parciales sin proyecto global y, de 1995 a 1998, formulación de lineamientos de política del modelo de reforma sectorial del MINSA.

Arroyo dice que la reforma silenciosa tuvo primacía durante la década, produciendo transformaciones en el sector al margen de una nueva política general de salud; la

reforma jurídica o explícita fue a un ritmo más lento. Coincidiendo con lo anotado por Ewing y Ortiz de Zevallos, Arroyo enfatiza que el surgimiento de la reforma se dio en “el ideario de la tecnocracia ministerial, más que como un proyecto prioritario del nivel político gubernamental”. Según el autor, el sector salud fue inorgánico en el esquema neoliberal, no constituyó prioridad en la agenda del gobierno, en especial en el primer quinquenio de la década. Sólo en 1994 cuando el Estado tuvo caja fiscal para políticas sociales, se dieron los elementos para implementar programas sociales como el PSBT y el PAC. Añade que en la década se dieron cuatro variantes sucesivas y superpuestas de políticas sociales y de salud: de compensación social, modernizantes en la lógica de proyectos, proyectos de reestructuraciones sectoriales para implantar regímenes de seguridad universal obligatoria individual y, seguros focalizados. Señala que “la Reforma no es la sumatoria de reformas de instituciones, es imprescindible una visión marco de los procesos en desarrollo en el sector”.

Posteriormente (2001) cuando se propone reseñar lo sucedido en salud con la función de gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil, Arroyo profundiza algunos de sus planteamientos anteriores: la inexistencia de agenda del ejecutivo en el campo social, y por ende, la priorización de corto plazo. En relación a la capacidad operativa del gobierno en el sector salud indica que ésta estuvo concentrada en determinados programas y proyectos de interés del ejecutivo, descuidando la rectoría sectorial, en especial el seguimiento (en particular de indicadores de equidad, eficiencia y calidad).

Arroyo clasifica las políticas de salud de la década en tres rangos de eficacia: alta, el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, el Programa de Ampliación de Inmunizaciones, el PSBPT y el Seguro Escolar; mediana, el PAC; y, baja eficacia, el Programa de Administración de Actividades de Gestión 98-99, el Programa de Modernización de Gerencia Hospitalaria y, la Ley de Modernización de la Seguridad Social o creación de EPS. Añade que para la reforma del Sector Salud debe tenerse en cuenta la fragmentación del sector salud (que facilita la acefalía), la insuficiencia de sistemas de soporte para la toma de decisiones por la alta Dirección y, la falta de estructura y de recursos humanos.

Otros autores que tratan de manera exhaustiva el tema de la reforma, son Ugarte y Monge (2000), quienes analizan la reforma, el proceso de formulación de la política de salud, el marco institucional y la gestión en el proceso reformador. Al igual que autores citados anteriormente, ubican la reforma del sector salud en el marco de las reformas

estructurales iniciadas en 1990, dentro del plan neoliberal de ajuste y vinculada a orientaciones de organizaciones multilaterales tales como el BM y el BID.

A partir de contextualizar la reforma, se preguntan si ésta es un instrumento de las políticas de ajuste o si es un instrumento para buscar equidad en salud y en las políticas sociales. Para responder a esta pregunta, ofrecen algunas reflexiones alrededor del proceso de formulación de las reformas en salud, las que enfatizan lo que ya habían anotado Ortiz, Ewing y Arroyo: no son consecuencia de una demanda social y política previa, sino que surgen unilateralmente de reflexiones de técnicos, tomando modelos elaborados en el exterior.

Ugarte y Monge destacan el riesgo de alto costo político que esto tiene, por la exclusión de grandes sectores sociales y el mínimo compromiso social de la población con el proceso. Adicionalmente, anotan, las condiciones del mercado no permiten que se cumpla con los postulados de la reforma (sectores que no acceden por falta de recursos económicos) y la renuencia de los sectores privados de asumir la propuesta de reemplazar al Estado por la poca rentabilidad de la inversión.

Acerca del marco político e institucional señalan la tendencia a fortalecer un Ministerio centralista que no sólo ejerce funciones normativas sino que interviene en el mercado condicionando las formas institucionales y modalidades de participación de los agentes de la sociedad civil. Por otro lado, en el análisis de la gestión en el proceso de la reforma en salud, consideran como temas clave el manejo de los recursos humanos, los sistemas de información y comunicación, los mecanismos de seguimiento y monitoreo y la toma de decisiones.

Este último aspecto estaría centralizado en la alta dirección del MINSA en tanto que las Regiones y Sub-Regiones han desaparecido, dando paso a Direcciones Departamentales de Salud con funciones de supervisión y escasa capacidad ejecutiva. Pero, añaden, la centralización también se ve mediatizada por factores que vuelven el proceso errático y lento, tales como la relativa autonomía de programas y proyectos financiados por la cooperación externa, la subordinación de la política de salud a la política económica y la subordinación de la política de salud a iniciativas presidenciales.

6.4.2 Descentralización

Todos los autores que abordan el tema¹¹ coinciden en reconocer que el Programa de Administración Compartida, iniciado en el año 1994, es una estrategia de descentralización del sector salud. Pero, señalan que es una descentralización de la gestión operativa de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (centros y puestos de salud) (Altobelli, 2001 y Velarde, 2002). De igual manera, Cortez (1998) menciona que el Ministerio de Salud concibe a los CLAS como “una modalidad descentralizada de administración, donde el estado comparte esfuerzos y recursos con la comunidad”. Ortiz de Zevallos y otros (1999) reconoce que el equipo inicial tenía la tendencia a creer que la delegación de funciones y la participación de la comunidad era un factor clave para lograr la eficiencia en la prestación de los servicios. Con ello se creía lograr una mejor identificación de los problemas y alternativas de solución, una mejora en los mecanismos de asignación de recursos, y una gestión y administración más eficiente.

Sin embargo, anota Ugarte (2001), los CLAS son una experiencia de descentralización focalizada y no parte de un proceso integral de descentralización política del país. Los logros y limitaciones de los CLAS dependen del mayor o menor nivel de participación efectiva de la comunidad, el cual, a su vez, depende de las facilidades o dificultades que otorgan los representantes del sector.

Por su parte, Puntriano (2002) señala que el modelo de cogestión es un caso de descentralización mixta, pues supone una descentralización operativa y, levemente, una descentralización política. Las decisiones centrales sobre provisión son adoptadas por el nivel central y son operada descentralizadamente, tanto en funciones como territorialmente. En estos últimos casos, comparten roles los CLAS y la Dirección Regional de Salud. Señala que es en este último caso los CLAS juegan un rol principal, dado que “constituyen un delegado territorial no público que asume ciertas competencias operativas”.

La estrategia de descentralización del manejo administrativo de los puestos y centros de salud nunca fue concebida a través de las municipalidades por temor a la politización de la reforma (Ortiz de Zevallos y otros, 1999), a pesar de que la Constitución les reconoce funciones de gobierno local y normativas en salud dentro de

¹¹ Cortez 1998, Ortiz de Zevallos 1999, Ugarte 2001, Altobelli 2001, Puntriano 2002, Velarde 2002, La Rosa 2004.

su ámbito de influencia. La Ley Orgánica de Municipalidades reafirma competencias en esta materia, priorizando las actividades preventivas y promocionales de salud y facultándolas a intervenir en el primer nivel de salud (Ugarte, 2001).

Todos los autores considerados en este punto, señalan limitaciones en el proceso de descentralización.

Puntriano (2002) anota que: en América Latina existen diferentes modalidades descentralizadas para la atención de la salud, pero que ésta se ha limitado a la transferencia de aportes del sector público desde el Gobierno Central a los niveles de Gobierno Subnacional; los gobiernos centrales mantienen la responsabilidad de formular las políticas, el financiamiento global y el funcionamiento de centros de atención especializados; a los Estados o provincias se les ha conferido sólo la responsabilidad de prestar atención hospitalaria secundaria y terciaria y, a las municipalidades, la responsabilidad de atención a la salud primaria; los ministerios de salud han sido lentos en descentralizar, temiendo perder sus prerrogativas; a pesar de la descentralización parcial en muchos países y de que se han delegado algunos elementos de gestión financiera, la rendición de cuentas se ha dispersado; las motivaciones de la descentralización han estado básicamente vinculadas a objetivos de legitimación política, los cambios en la distribución del poder político y las crecientes demandas de democratización.

Concluye que “no haber logrado involucrar a los ciudadanos en las decisiones estatales que afectan directamente a su ingreso sería, en última instancia, la principal explicación de que la descentralización no haya generado los resultados esperados en términos de participación ciudadana y eficiencia”.

Cortez (1988) afirma que el PAC no es una alternativa global de descentralización debido a que sólo permite acciones locales, dado que no todas las dependencias del nivel central del MINSA o de la Subregión de Salud comprometen recursos, aparato administrativo y asesoría técnica para mejorar la gestión de los CLAS, ni tampoco intervienen para solucionar problemas. De igual manera, Ugarte (2001) reconoce que la descentralización en salud no puede desligarse de la descentralización política del país.

Con relación a la descentralización de los servicios de salud básica, Altobelli (2001) menciona que los CLAS es la estrategia que mejor ha mostrado eficiencia, eficacia,

equidad y calidad en los servicios de salud. La discusión se centra en el fortalecimiento del modelo CLAS incluyendo el sistema desde los niveles más altos del sector, especialmente de las DISAs y coordinación con otros sectores del gobierno, incluyendo a los gobiernos municipales.

De acuerdo a Ugarte (2001), los niveles de centralización y descentralización del sector salud expresan una total desconcentración sectorial, con autonomía de los subsectores, pero, al mismo tiempo, un alto nivel de centralismo en el MINSA en cuanto a normatividad, políticas, control y fiscalización. En el nivel regional o departamental, desde 1992, desaparecieron las instancias regionales en salud, quedando el ámbito departamental, sin la misma autonomía pues dependían de los CTAR que, subordinados al gobierno central, administraban recursos de las DISA y de los hospitales regionales y departamentales). A nivel provincial y distrital, no se reconoce la atribución de las municipalidades de ser “gobiernos locales con autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia” y sus funciones en salud no serían integradas en una propuesta de descentralización y coordinación del MINSA.

Asimismo, la descentralización observada a través de las funciones del sector salud muestra una dispersión y hasta descoordinación de las mismas (Ugarte 2001). Según la Ley General de Salud, la autoridad en salud la ejerce el MINSA, con atribuciones de normatividad, definición de política, conducción, control y fiscalización; la Constitución otorga funciones de gobierno, en sus ámbitos de influencia, a los gobiernos regionales y municipalidades; la función de financiamiento está repartida entre el Estado (salud pública y subsidio total o parcial en poblaciones de menores recursos sin cobertura), las empresas (por los trabajadores dependientes) y los propios usuarios. La administración financiera corre a cargo del MINSA, las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, la Seguridad Social, los Seguros Privados. La formación de recursos humanos es asumida en forma distinta según el nivel de que se trate, habiéndose creado un desfase entre las necesidades del país y la formación en todos los niveles; la función de prestación de servicios se reparte entre el MINSA, ESSALUD, Sanidad de las Fuerzas Armadas y PNP y el sector Privado.

Al comparar los CLAS con otros programas como el Vaso de Leche o las Entidades Ejecutoras de FONCODES, Puntriano (2002) menciona que en los tres programas existe una clara centralización del proceso de asignación de recursos en el Gobierno

central y diferentes procesos de descentralización de la producción hacia ámbitos territoriales subnacionales (con marcada incidencia en ámbitos locales).

En la misma línea, La Rosa (2004), al presentar las funciones de los CLAS afirma que la ejecución se efectúa en el nivel local, pero en el nivel central se revisan los planes y autorizan los presupuestos para su cumplimiento. Es decir, que aunque el Consejo Directivo, con la gerencia del CLAS, la comunidad organizada e incluso la DISA, aprueben un Plan Local de Salud, el nivel central del MINSA puede solicitar variaciones al plan y efectuar los ajustes en las áreas que ellos crean convenientes y, la mayor parte de veces, esto viene aparejado con la restricción presupuestaria. Muchas veces esta aprobación no es de carácter técnico. Señala que un informante menciona “todo es negociable con las autoridades, pero el nivel de influencia está básicamente relacionado con la empatía, la relación de amistad o el clientelismo político, más que con criterios estrictamente técnicos”.

Por otra parte, si bien la mayoría parte de los estudios revisados fueron elaborados antes del proceso de descentralización del país (Ley Orgánica de Regiones del año 2002 y Ley orgánica de Municipalidades del 2003), a continuación se destacan algunas propuestas de los autores para el proceso de descentralización del sector salud:

Ugarte (2001) propone algunos puntos de orientación prioritaria para la descentralización en salud, teniendo como supuesto básico que debe concebirse como parte de la política de descentralización del país, así como de aplicación progresiva en el ámbito nacional, por grupos de departamentos, en un plazo no mayor a tres años. Entre ellos destaca:

- Que la descentralización de la función de gobierno sectorial sea asumida y coordinada por los diferentes niveles de gobierno: central, regional o departamental y local, con claras responsabilidades del nivel central (normatividad y políticas sectoriales), las que deben ser transferidas al nivel descentralizado regional o departamental. Los gobiernos locales tienen algunas funciones en salud (saneamiento básico, por ejemplo) y deberían transferírseles otras funciones como las de control y fiscalización.
- La participación ciudadana es un aspecto importante en el proceso de descentralización de los servicios porque es el compromiso de la sociedad en la

identificación de los problemas, en la propuesta de soluciones, en la gestión de los servicios y en la fiscalización de los mismos. Se menciona los CLAS como una de las experiencias que debe recopilarse, y señala el avance normativo al ampliar su número de miembros elegidos por la comunidad.

Ugarte esboza algunas estrategias para la viabilidad de su propuesta: a) concertación con los actores sociales: Estado (MINSA, Congreso, Municipalidades), organismos públicos desconcentrados (ESSALUD) y sociedad civil (colegios profesionales, universidades, prestadores privados, organizaciones sociales); b) temas críticos: concertación política, desarrollo de capacidades (a nivel del gobierno regional, las DISA, las municipalidades provinciales, la administración financiera, y la capacidad gerencial en hospitales y redes) y c) recursos humanos.

Altobelli (2002) propone una mayor participación de las municipalidades en la descentralización de la promoción de la salud. La alternativa propuesta es revalidar las responsabilidades de la municipalidad en lo referente a la población, salud y saneamiento ambiental y, promoción.

Para implementar una estrategia de promoción de la salud desde las municipalidades ("comunidades saludables") Altobelli (2001) sugiere la revisión y precisión de roles de los diferentes actores. Por ejemplo, se debería: clarificar el rol de liderazgo del MINSA para establecer prioridades y funciones a nivel del gobierno para la eficacia, igualdad y calidad de los servicios de salud; redefinir el rol de las DISAs removiendo la función de financiamiento y asignándola a una unidad independiente financieramente y auditada por la DISA y el Gobierno Regional; las Municipalidades deberían preparar los Planes Locales de Desarrollo para alcanzar y mantener el nivel de "Comunidades saludables", con la participación activa de la comunidad.

6.4.3 Diseño del modelo

El Programa de Administración Compartida (PAC) fue creado en 1994 con los objetivos de mejorar la calidad en la prestación de servicios de salud, ampliar su cobertura, prestar servicios a un costo mínimo y consolidar la participación comunitaria organizada en los establecimientos de salud. Para lograr los objetivos del PAC se crearon los Comités de Administración Compartida (CLAS). El CLAS es una organización sin fines de lucro, de carácter privado, no distribuye utilidades, cuenta con personería jurídica y, supone un alto grado de participación voluntaria de los

miembros de la comunidad. Está integrado por tres representantes elegidos por la comunidad, tres miembros de la comunidad propuestos por el jefe del establecimiento de salud y por el Jefe del mismo. Su órgano máximo es la asamblea general, el consejo directivo es el órgano responsable de la marcha administrativa del CLAS (Cortez, 1998).

El modelo de cogestión CLAS se define a partir de: 1) el Comité Local de Administración de Salud (asociación civil con personería jurídica no lucrativa compuesto por 6 miembros de las comunidades existentes en el ámbito del establecimiento de salud), que firma un contrato con la Dirección de Salud para el desarrollo de un Programa de Salud Local; 2) el Contrato de Administración Compartida, que concede al CLAS la administración del establecimiento y la decisión sobre el manejo y uso de los recursos públicos asignados al ámbito de salud a su cargo, y 3) el Programa de Salud Local que contiene las metas de atención de salud a ser alcanzadas con los recursos asignados.

El diseño original del CLAS tuvo como modelo la formación de una ONG de carácter comunitario que mediante contrato, recibe fondos para ejecución de planes y proyectos de una organización financiera (papel a ser asumido por el PSBT). Este diseño básico tenía como características: la construcción de un plan de salud basado en un diagnóstico local; la rendición de cuentas contra un plan de atención y, un mecanismo que generara estabilidad al espacio de toma de decisiones en la comunidad y a la transferencia de fondos, mediante un contrato amparado en el Código Civil. Los objetivos a lograrse con este modelo eran: incremento de cobertura, mejoramiento en la calidad del gasto, calidad en la atención y, implementación de mecanismos de control social.

El CLAS se conformaría con 7 miembros, seis miembros de la comunidad y un responsable del establecimiento de salud. La mitad de los miembros de la comunidad sería designada por el Director de Salud (de una lista presentada por el responsable del establecimiento) y la otra mitad, elegidos por las organizaciones comunitarias convocadas por el responsable del establecimiento. El CLAS se organiza en una Asamblea General y un Consejo Directivo. La Asamblea General se conforma con todos los miembros y tiene permanencia de 2 años; el Consejo Directivo, compuesto por 3 miembros elegidos en la Asamblea tiene una permanencia anual.

El modelo de cogestión CLAS fue elaborado por un grupo de consultores con la asesoría de un experto internacional. Su marco normativo se estableció con el DS 01-94-SA, constituyendo una alternativa al Programa de Salud Básica para Todos. Los primeros 13 establecimientos bajo el modelo CLAS se establecieron en Julio de 1994 en Ayacucho e Ica (Valverde 2002).

Desde los primeros años de iniciado el Programa hasta la fecha, se han producido documentos e Informes que desde diferentes perspectivas han planteado reflexiones y propuestas que, de alguna manera aluden al diseño del programa, sin que ninguno de ellos sea una evaluación o cuestionamiento integral del modelo. Algunas de las primeras reflexiones al respecto se encuentran en Taylor (1998), quien anota que el equipo que inició la propuesta CLAS, partió de la concepción de que la principal reforma de salud que el Perú necesitaba era orientar los cambios para mejorar la salud de la población y no sólo mejorar la gerencia a través de la reorganización de hospitales y servicios de atención primaria; es decir, debería orientarse hacia la eficiencia.

No obstante, Taylor identificó algunos problemas, que aluden al diseño, para cumplir este objetivo, entre ellos, el que la mayor parte de los indicadores de participación comunitaria son tradicionales y sólo observan la participación pasiva, tales como número de reuniones, número de participantes, número de sesiones educativas, siendo más importantes aquellos indicadores de rendimiento como la cantidad de personas que usaron los servicios, e indicadores de resultado en relación a cambios de actitudes y comportamientos y, las consecuencias en el estado de salud. Adicionalmente, señala Taylor, no está claro el tema de la incorporación de los CLAS a los sistemas de redes, ya que en una red pueden haber establecimientos CLAS y no CLAS y, éstos tienen diferentes sistemas legales.

En el 2002, Velarde señala que, siendo que el objetivo estratégico de la implantación de los CLAS es la mejora de la cobertura y la calidad de atención en los servicios de salud del MINSA, la implantación de la cogestión de los servicios de salud responde a un enfoque utilitario, dentro del cual la participación social ayuda al logro de los objetivos sectoriales. No obstante, existen dos limitaciones para ello: la disposición de las autoridades locales para promover cogestión dependerá de cuales sean las capacidades locales y qué tan evidentes sean los aportes de la cogestión y, el desarrollo de la participación social con un enfoque utilitario restringirá las posibilidades de que los servicios de salud evolucionen hacia formas de organización y

operación que respondan a las dinámicas locales. Propone cambios en el enfoque de la participación social como estrategia para formar capacidades locales y redefinición de objetivos.

Algunas otras observaciones referidas al diseño de los CLAS que abarcan desde aspectos puntuales a otros más generales, son las siguientes:

- La condición básica para un funcionamiento óptimo del modelo de los CLAS es el de generar una sólida participación de la comunidad y desarrollar sus habilidades administrativas (Altobelli, 2001).
- Para definir el ámbito de intervención se debe tener en cuenta la relación inversa entre la disponibilidad de recursos (humanos materiales, capacidades, redes sociales) y lo complejo de implementar mecanismos de participación (Conterno, 2002).
- Se recomienda incluir mecanismos de resolución de conflictos en el diseño de los modelos, con el fin de garantizar la sostenibilidad de los mismos (Conterno, 2002).
- La experiencia de los CLAS demuestra la debilidad esencial de un programa limitado a un solo sector; existe la necesidad de articular con programas de alimentación, educación y protección del medio ambiente. Los CLAS deben ser vistos como un programa nacional dentro de la política nacional de descentralización (Taylor, 2002).

Por otro lado, en los talleres de autodiagnóstico situacional de CLAS realizado en San Martín, Huánuco, Pasco, Cusco y Ucayali (MINSA, Pathfinder International, 2003), los participantes llegaron a algunas reflexiones relacionadas con el diseño del modelo:

- Tanto los representantes comunales como el personal de salud tienen limitadas competencias para facilitar la participación comunitaria de manera efectiva.
- El Plan de Salud Local es complejo, poco entendible, rígido. Esto influye en que la comunidad no participe del proceso de su elaboración¹². Adicionalmente, estos

¹² El Plan de Salud Local debería abarcar metas correspondientes a la prestación de servicios, a la promoción de comunidades saludables y al desarrollo institucional

planes tienen el sesgo de actividades recuperativas, sólo miden cobertura y no calidad de atención.

- Tener que trabajar con el Plan de Salud Local y el Plan Operativo, causa sobrecarga de trabajo, confusión por el uso de diferentes indicadores y duplicidad de información. Ambos deberían de integrarse en uno sólo.
- La carencia de tiempo y de financiamiento para las actividades de gestión no facilita la administración compartida.
- Existe la necesidad de otorgar incentivos y motivar al personal de salud que cumple con las metas fijadas y, considerar en las programaciones del trabajo el tiempo disponible para no ocasionar sobrecarga laboral.

Por último, uno de los trabajos más recientes que aborda aspectos referidos al diseño del modelo es el de La Rosa (2004). La autora señala que los CLAS responde a un tipo de política “tradicional”, en el que la salud se define con relación a daños y riesgos, donde la persona es asumida como paciente y, los voluntarios y promotores de salud como insumos de los servicios. El diseño de las prestaciones se realiza desde la oferta ya existente en el MINSA. Añade La Rosa que, desde el punto de vista de las estrategias de intervención, los CLAS corresponden a una política normalizadora porque sus objetivos son paliativos (también con objetivos promocionales pero restringidos por la oferta); su estrategia no es discriminante de las diferentes realidades sociales y, la definición del grupo objetivo es la carencia y enfermedad, no el capital social ni el cultural.

6.4.4 Aspectos normativo-legales

El análisis del sistema normativo legal de la cogestión de servicios de salud ha sido realizado por diferentes autores y bajo diferentes ópticas. Un primer enfoque se centra en el análisis de la propia normatividad jurídica y ha sido realizado con la técnica de análisis de contenido, complementado con entrevistas. Otros estudios, hacen referencia a este tema en cuanto las dificultades u obstáculos que encuentran los propios CLAS con respecto a las normas legales.

Chau (1995), analiza las normas del Programa de Administración Compartida y de los CLAS (D.S. N° 01-94-SA, Directiva Base N° 01-SA/DM 94, Directiva 002-95/PAC,

Contrato de Administración Compartida y Estatuto de conformación de los CLAS) para hacer un diagnóstico de la situación legal del programa y sustentar propuestas concretas en este campo orientadas a mejorar el modelo. Este análisis corresponde a una etapa inicial del programa donde la nueva relación entre el sector público (MINSA) y el privado (CLAS) causaba confusión. De esta manera se esclarece que los CLAS son persona jurídica del tipo “asociación” y no “comité”, de carácter privado no gubernamental. En este sentido esclarece que puede contratar recursos humanos bajo el régimen privado, pero también está obligado a tributar como persona jurídica.

Puntriano (2002) realiza un análisis de la legislación nacional para responder a la interrogante de si la participación está considerada en ella. Luego de revisar la Constitución Política de 1993, la Ley N° 26482 (Ley General de Salud), la Ley N° 27657 (Ley del Ministerio de Salud) y la Ley N° 27658 (Ley Marco de Modernización de Gestión del Estado), Ley N° 27680 (Ley de Reforma Constitucional del Capítulo XIV del Título IV sobre Descentralización) concluye que es necesario un nuevo marco constitucional en materia de democracia participativa y control ciudadano. Menciona que el marco legal refleja una voluntad política para descentralizar el Estado y crear medios efectivos de participación ciudadana, en los que se enmarca el modelo de cogestión.

A partir del análisis de las normas reglamentarias del PAC¹³, Puntriano identifica algunos aspectos críticos, tales como: interferencia en una persona de carácter privado (CLAS), lo que contraviene el Código Civil; la débil o nula presencia del gobierno regional y local en el modelo de cogestión; la necesidad de definir el tipo de descentralización que se desea y el alcance participativo del modelo de cogestión y, la política laboral del personal contratado por los CLAS.

Rodríguez (2003) afirma que hay un inadecuado procedimiento de formulación normativa en el Ministerio de Salud, que no existe un conjunto armónico de normas y que su constante modificación genera inestabilidad jurídica, consecuentemente se dan malas interpretaciones o aplicaciones incorrectas en el nivel regional y local. Desde 1994 al año 2002 se dieron 15 normas y de ellas solo nueve permanecen vigentes. Las que tienen que ver directamente con la gestión diaria de las asociaciones CLAS sólo son cinco. La mayor parte de estas normas tienen reglamentos de aplicación,

¹³ DS 01-94-SA, DS 002-2000-

algunas veces ilegales o en contrariedad a las normas que les preceden o las normas generales.

Los diagnósticos participativos realizados por los integrantes de los CLAS de cinco regiones (MINSA, 2003), dan cuenta de las dificultades de los CLAS para la aplicación de las normas referidas a la cogestión. Una de las causas es el desconocimiento de las normas de parte de los integrantes de las Asambleas CLAS, gerentes y funcionarios públicos del nivel regional del MINSA, sobre las funciones, atribuciones y responsabilidades de los CLAS. Otra dificultad que se encuentra es la poca experiencia de los CLAS para funcionar como organizaciones no gubernamentales de derecho privado que implica obligaciones y prácticas de sus miembros y que, consecuentemente, interfiere en el funcionamiento de la cogestión (por ejemplo, mal uso del poder del presidente del CLAS, desconocimiento de la Asamblea o de regulaciones para entregas de cargo). En general hay una confusión de los trabajadores de los establecimientos de salud y del gerente sobre si corresponden al régimen privado o público, lo que ocasiona desorden tributario.

Altobelli (1998 y 2002) menciona la necesidad de realizar algunos cambios en la normatividad de los CLAS para asegurar su funcionamiento: exoneración de impuestos, número mínimo de establecimientos o mayor número de miembros en los CLAS que agrupan a varios establecimientos, flexibilidad en los estatutos para asignar responsabilidades a todos los miembros del Consejo Directivo, cambio en los estatutos sobre la temporalidad del Consejo Directivo, claridad para el uso de recursos generados por el CLAS, normar la función de fiscalización del CLAS por parte de la comunidad y apropiación ilícita de recursos.

6.4.5 Implementación del modelo

En este tema se han ubicado catorce estudios realizados entre el año 1996 hasta el 2002. En todos los casos el recuento histórico de la implementación de los CLAS se ha realizado en base a entrevistas en profundidad a funcionarios del MINSA y de los equipos iniciales del Programa de Administración Compartida, así como de estudios previos que recogían este tema. Algunos autores, como Altobelli (dos estudios de 1998, 2000, 2001 y 2002) hacen referencia a la misma información histórica.

Una mención aparte merece la evaluación realizada por Sobrevilla (2000). En ella, en base a entrevistas a integrantes del equipo inicial y a funcionarios públicos, reconstruye y sistematiza el proceso de formación del PAC en forma detallada.

Tres autores, Altobelli (2002), Sobrevilla (2000) y Ortiz de Zevallos y otros (1999) destacan la situación previa al surgimiento del Programa de Administración Compartida. Hacen un recuento de la situación del país a fines de los años ochenta e inicios de los noventa (terrorismo, hiperinflación, la pérdida del acceso a la inversión y préstamos internacionales) y el colapso de los servicios de salud pública como consecuencia de la severa crisis fiscal. Ortiz de Zevallos y otros (1999) señala que de acuerdo con la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) de 1997, más del 50 por ciento del total de establecimientos de salud básica no funcionaba y aquellos que estaban operativos no lo hacían en forma adecuada.

Sobrevilla (2000) y Altobelli (2001) destacan que el modelo vigente del sector salud de esa época era centralizado, con una desarticulación en el funcionamiento de los establecimientos de salud, la asignación irracional de recursos públicos, la ineficacia en el gasto, limitada participación de la comunidad en el proceso de prestación de servicios de salud pública y recursos humanos con bajos ingresos.

Señalan que el proceso de reforma del sector salud se da luego de la reforma del sector económico, que busca su estabilización. Los autores antes mencionados anotan que a inicios de 1994, los temas que dominaban el proceso de reforma en salud eran el desarrollo de organizaciones prestadoras privadas para el desarrollo de planes de atención de salud y el desarrollo de modelos de gestión participativa de los establecimientos de atención primaria.

En este año se crea el Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Educación, Salud y Justicia con el propósito de focalizar la inversión social en servicios básicos en la población más necesitada del país. En este marco se crea el Programa de Salud Básica para Todos (PSBT) y, dentro de él, el Programa de Administración Compartida. Salazar (1999) hace una importante precisión de estos dos modelos: el primero es un modelo de financiamiento vía la demanda y el segundo de repotenciamiento desde la oferta. Ambos se dan en forma paralela y sin conexión.

Todos los autores coinciden en que fue la iniciativa personal del Ministro de Salud, doctor Jaime Freundt, la determinante para el surgimiento del Programa de Administración

Compartida. Este Ministro contrata un equipo de consultores para diseñar el modelo (Altobelli 2001, Sobrevilla 2000 y Taylor 2002).

Asimismo, se rescata que fueron tres las ideas que primaron en el diseño del modelo: ampliar la cobertura de los establecimientos de salud en el nivel básico de atención y mejorar la calidad de los servicios a través de la participación de la comunidad en la prestación del servicio, bajo un esquema de corresponsabilidad (Abramson 1999, Altobelli 2001, Sobrevilla 2000).

Sobrevilla (2000) plantea tres fases cronológicas desde el surgimiento de los CLAS hasta el momento en el que realiza el estudio. Estas fases son las siguientes: la primera de organización y expansión del Programa de Administración Compartida que va desde sus inicios hasta septiembre del año 1994. La segunda etapa es de consolidación del PAC que abarca el período de octubre de 1994 a octubre de 1997. La tercera fase, de institucionalización de la gestión del PAC, se inicia en noviembre de 1997 y abarca hasta el año del estudio (2000). Altobelli (2002) menciona que en el año 1997 el modelo entra en crisis debido a la fuerte oposición interna del MINSA contra el programa.

En esta etapa, (Sobrevilla 2000, Taylor y Paredes, 2002) se refieren a los primeros años del PAC. Anotan algunos aspectos que influyeron en la reforma del sector salud y que, también, tienen que ver con el propio proceso de implementación del modelo: el Programa tuvo que afrontar diferentes obstáculos desde un inicio, especialmente provenientes de los grupos de la burocracia interna del Ministerio de Salud, que sentían perder algunos privilegios por causa de la descentralización del gasto; rechazo importante por parte de los médicos agrupados en la Federación de Médicos del Ministerio de Salud quienes criticaron al Ministerio por promover la “privatización” encubierta de la salud pública. Sostenían que esta privatización amenazaría la estabilidad laboral para las personas empleadas con nombramientos en el sector público. El proyecto empezó con un piloto en Ayacucho y Chincha (Ica) donde se instalaron 13 CLAS.

La crisis de 1997 mencionada por Altobelli (2000) tiene sustento en el escaso apoyo político al PAC desde el nivel central, lo que en el ámbito regional se reflejaba en desinterés sobre el programa, las amenazas de los médicos del sector público por el tipo de contratación del personal de los CLAS y el propio funcionamiento operativo de

los CLAS. Un problema identificado en esta crisis se refiere a la propia conceptualización de la participación comunitaria.

La administración del PAC ha pasado por varias instancias. Después del año 1994 – fecha del impulso a la creación del PAC- el nivel de intervención de la Alta Dirección fue mucho menor. La gestión del programa dependía del coordinador del equipo técnico. A inicios del año 1997 se constituyó el Comité Técnico de Coordinación y Apoyo al programa de Administración Compartida (COPAC) el cual no cumplió con los objetivos propuestos (Sobrevilla, 2000 y Altobelli, 2002).

En noviembre de 1997 se constituyó el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) encargado de promover la eficiencia en la asignación y uso de los recursos a través de Acuerdos de Gestión suscritos entre el Ministerio de Salud y las Direcciones de Salud. A partir de ese momento, el PAAG pasó a conducir el proceso de reorganización de los servicios de salud en el País. Las tareas de gestión del PAC comenzaron a ajustarse a la espera de una integración al PAAG y comenzó a explorarse una incorporación formal del PAC a la estructura del Ministerio y su adecuación a otras iniciativas de reforma que ya se estaban aplicando. En el año 2000 el funcionamiento del PAC estuvo a cargo de un Coordinador General, un Equipo Técnico del nivel central y el aparato de gestión del PSBT. En cada Dirección de Salud en la cual funcionaba, se contaba con un coordinador responsable del funcionamiento de los CLAS, incorporado en diferente grado a los Comités Integrados de Gestión, responsables del Programa de Salud Básica para Todos (PSBT) y del PAC (Sobrevilla, 2000).

Pese a las crisis del PAC ocasionadas por la oposición interna del MINSA, el crecimiento del número de CLAS en funcionamiento fue en aumento. Al finalizar el año 1994 existían 219, a finales de 1997, habían 548 y a inicios de 1999 habían 553 CLAS en funcionamiento (Sobrevilla 2000). Para el año 2000 habían 1242 puestos o centros de salud en la modalidad CLAS abarcando a cerca de 6 millones de personas (Díaz, 2001)

6.4.6 Gestión Gerencial

Sobre el tema de gestión de los CLAS se han identificado 24 estudios. Ninguno está centrado al estudio de la gestión propiamente dicha; este aspecto es abordado de manera colateral. Sin embargo, se ha considerado incluirlo por ser un aspecto

reiterativo en cerca de la mitad de los estudios revisados. A continuación se anotan algunas reflexiones sobre el tema:

- La conducción y el liderazgo son aspectos que caracterizan a cualquier Gestión. En este sentido, la capacidad gerencial de conducir y tomar decisiones, son elementos que influyen en el éxito de los CLAS (O'Brien 1996, Sobrevilla 2000). También influye la estabilidad en el cargo de coordinador (Sobrevilla 1999).
- Un elemento que determina el éxito de los CLAS es el tipo de relación del gerente con la comunidad y las autoridades regionales. Esto se relaciona con la actitud del gerente, que especialmente en zonas rurales, suele ser negativa estableciéndose una relación de poder frente a la comunidad y provocando su retiro, desvirtuándose así la participación comunitaria (MSP y GTZ 2002 y Sobrevilla 2000). Otra expresión de esta actitud es que el gerente maneje todos los recursos. (MINSA 2003).
- Para la gestión es necesaria la planificación de acciones, el monitoreo y evaluación de las mismas, basados en el Plan de Salud Local (Sobrevilla 1999).
- En el mismo sentido, Díaz (2001) menciona la necesidad de que el CLAS maneje información sanitaria local y elabore el censo, dado que los pocos CLAS que realizan el censo tienen dificultades en el procesamiento de datos, la presentación de resultados y difusión de los mismos. Los CLAS no usan indicadores de resultados para evaluar la intervención, ni el nivel de avance en los indicadores de salud de la población.
- Un aspecto central en la gestión de los CLAS es el de los recursos humanos. Por un lado se reconoce los beneficios del sistema privado para contar con mejores profesionales de salud, con un mayor tiempo de permanencia y con mejores condiciones laborales (O'Brien 1996, Salazar 1999, Altobelli 2001 y Sobrevilla 2000). Sin embargo, Altobelli (2001) reconoce que los salarios más altos del personal de los CLAS encarece el programa y Sobrevilla (2000) menciona que el mayor número de personal en los servicios no es de carácter permanente.
- Un tema no resuelto es el desconocimiento de los CLAS por parte del gerente y del propio personal de salud, acerca de la modalidad de su contrato bajo el régimen privado. La existencia de trabajadores "nombrados" y "contratados" con

obligaciones y derechos diferentes genera climas de desconfianza, tensiones y conflictos (Taylor 1996 y Castillo 2002).

- Hay la necesidad de capacitar a los recursos humanos en Gestión, cogestión y de informar sobre lineamientos de política y normatividad (Sobrevilla 1999, 2000, MINSA 2003).
- Deben promoverse actitudes y destrezas adecuado para el trabajo con comunidades, por parte del personal de establecimientos CLAS, incluida la adecuada orientación sobre organización comunal y resolución de conflictos.

Un aspecto importante dentro de la gestión gerencial es el manejo financiero. Sin embargo, en ninguno de los documentos identificados se discute este tema específico. En cinco documentos se hace referencias generales sobre este aspecto; tres de ellos de autoría de Altobelli, uno de Taylor y el quinto de Castillo; ninguno de ellos sustentado en estudios específicamente orientados a este tema. El primero cronológicamente, el de Taylor (1996) señala que en los casos que observó en Lima Norte y Lima Ciudad, se habían registrado demoras en la transferencia de partidas para los CLAS, lo que acarreó problemas para el pago de planillas y el cumplimiento de obligaciones con el IPSS y la SUNAT y generó, además una situación de desorden financiero y administrativo.

Altobelli en 1998, señala la necesidad de financiar actividades de supervisión de asistencia técnica para el desarrollo de actividades comunitarias. Posteriormente, en el 2001, anota que la existencia de diversas fuentes de financiamiento del sector salud ha creado ineficiencias administrativas, duplicaciones y confusión en los programas, presupuestos y reportes requeridos por las autoridades regionales. Luego (2002) anota como una lección aprendida que la descentralización de la administración financiera es pre-requisito para la participación de la sociedad civil en los servicios de salud. Señala también que los CLAS han demostrado eficiencia en el gasto y plantea la necesidad de fortalecer procesos de transferencia en la gestión financiera de las DISA para que exista vigilancia ciudadana sobre los comités regionales de salud referentes a los CLAS y no sólo sobre las cuentas locales.

Algunas otras reflexiones acerca del tema se anotan a continuación:

- Al inicio del Programa hubo retrasos en el cumplimiento de compromisos financieros, debido a que el Estado incumplió los contratos respectivos, ocasionando un clima de desconfianza a la solidez y viabilidad de esta modalidad administrativa (Vera 1995).
- Castillo (2002) alude al éxito de los CLAS en el aspecto financiero, expresado en mejores decisiones de gastos de inversión y en la diversificación de fuentes financieras. Identifica como problema la doble rendición de cuentas; por un lado en el régimen privado a la SUNAT y, por el otro, en el régimen público a la DISA.
- La ambivalencia en la relación público (MINSAs) – privado (CLAS), trae como consecuencia que el nivel central de administración tome medidas de mayor exigencia a los CLAS que a otros servicios no CLAS, para la rendición de cuentas. De tal manera que los CLAS realizan doble rendición de cuentas: para el régimen público (DISAS) y para el régimen privado (SUNAT) (O'Brien 1996 y Castillo 2002).
- Otros aspectos de la Gestión, se refieren al buen estado de locales y equipos (O'Brien 1996), que responde a la inversión inicial del PAC, en dinero o vía FONCODES, para la construcción de locales.
- Sobrevilla (1999) sugiere mejorar la organización del manejo logístico (procedimientos de compra, sistema de kárdex, sistema de registro para almacén).

Ya en el 2003, en los Informes de talleres de diagnóstico situacional de establecimientos CLAS en Ucayali y Huanuco (MINSAs/Pathfinder International), se encuentran algunas referencias a este aspecto: participación parcial de la comunidad en el manejo administrativo contable (sólo en la aprobación de órdenes de pago); administración financiera manejada sólo por el gerente de los CLAS, Jefes de Microrredes, Directores de Red y de DISAS y, retraso en los reembolsos, lo que pone en riesgo el financiamiento en las prestaciones de salud.

6.4.7 Acceso a los servicios de salud

Se ha encontrado doce documentos que tratan el tema del acceso de la población a los servicios de salud.¹⁴ El nivel de profundidad con que estos documentos tratan el tema es muy heterogéneo; en la mayoría de los casos, el tema de acceso es una más de las variables consideradas en los estudios o informes. Sólo se ha hallado un estudio de demanda que podría asumirse como representativo a nivel nacional, realizado en 1998 en doce establecimientos de salud (La Libertad, Junín y Lima), en el que se entrevistó a 1053 usuarios de estos servicios (Cortez, Phumpiu). Adicionalmente, se cuenta con un estudio de demanda realizado en dos CLAS del Cusco, en el que se aplicaron 100 encuestas a usuarios de CLAS en dos distritos Wanchaq y San Jerónimo (Valle, Soto, otros).

Otros estudios, se sustentan en fuentes secundarias tales como entrevistas y conversaciones con autoridades y funcionarios del MINSA, integrantes de los CLAS y jefes de establecimientos de salud. En este grupo, el más representativo data también de 1998, en el que se entrevistó a 134 jefes de establecimientos y representantes comunales de cuatro regiones de salud, San Martín, La Libertad, Cajamarca y Lima Norte (Salazar, Carrasco, otros)¹⁵.

Además de los señalados, el resto de documentos revisados se sustentan en estudios anteriores o no especifican las fuentes que justifican sus conclusiones.

Tal como lo anota Cotlear (2000), no existe una evaluación sistemática de los CLAS para investigar su impacto en la cobertura, calidad y oportunidad de los servicios.

Teniendo como contexto estas reflexiones, se anotan a continuación las principales conclusiones a las que, sobre el tema del acceso de la población a los servicios de salud, arriban los estudios reseñados:

- El incremento de la cobertura en los establecimientos CLAS es de mayor envergadura en aquellos CLAS en los que la participación comunitaria es mayor.

¹⁴ Altobelli 1998, 2000, 2002, Castillo 2002, Cortez, Phumpiu 1999, Cotlear 2000, Salazar, Carrasco (otros) 1999, Valle 1999, Velarde 2002.

¹⁵ El estudio incluye 33 CLAS y 126 PSBT.

- Habría un mayor acceso de la población a los servicios de salud en aquellos establecimientos CLAS localizados en áreas urbano marginales, en los que la población tiene mayores recursos para pagar las consultas, en comparación con aquellos establecimientos localizados en áreas rurales.
- De acuerdo a Cortez (1999), el 67% de usuarios de los CLAS serían de los dos quintiles inferiores de ingresos, mientras que esta población sólo significarían el 40% en los establecimientos no CLAS. Una de las razones de esto sería el menor precio de los medicamentos en los establecimientos CLAS.
- A pesar del incremento en la cobertura y del avance en la producción de servicios, aún existirían debilidades en los aspectos referidos a equidad e inclusión de los más pobres a los servicios de salud. Una limitación del modelo sería la poca pertinencia o inexistencia de criterios para identificar a las personas más pobres y necesitadas de ser incluidas en el grupo exonerado de pagos. Algunos autores anotan que en las áreas rurales aplican las exoneraciones de manera relativamente más justa que en las urbanas.

6.4.8 Calidad de los servicios de salud

Se han ubicado siete estudios que tratan el tema de la calidad en los servicios de salud¹⁶. De ellos, tres se sustentan en trabajos de campo con usuarios de los servicios. El primero (Vicuña 1998¹⁷), tiene como objetivo específico analizar la calidad técnica y de atención de los establecimientos CLAS a través de una encuesta de satisfacción de usuarios de establecimientos CLAS y no CLAS antes y después de las consultas. El segundo (O'Brien, 1996), sustentado en la aplicación de encuestas a usuarios y otros actores de 29 CLAS seleccionados de Ayacucho, Amazonas y Tacna, trata el tema de la calidad entre otras variables y, el tercero (Cortez 97)¹⁸ también considera el tema de la calidad entre otras variables en la batería de preguntas de encuestas aplicadas a 1053 usuarios de los servicios, luego de recibir atención en CLAS de La Libertad, Junín y Lima.

¹⁶ Cortez 1998, Cortez y Pumphiu 1999, GTZ 2002, OBrien 1996, Salazar y otros 1999, Velarde 2002, Vicuña 1998.

¹⁷ El estudio fue realizado entre 1994 y 1995.

¹⁸ Los estudios de Cortez en 1998 y Cortez/Phumpiu, 1999, se sustentan en la misma fuente: las entrevistas aplicadas en Lima, Junín y La Libertad a 1053 usuarios de los establecimientos de salud.

Por otro lado, el estudio de Salazar y otros (1999), presenta algunas reflexiones sobre la calidad de los servicios a partir de fuentes indirectas (jefes de establecimientos y representantes comunales) y, los restantes se basan en resultados de los estudios ya mencionados.

El estudio de Vicuña (1998), trató la calidad técnica de los servicios (tiempo de espera, captación, integralidad de la atención, satisfacción del usuario con horario, accesibilidad económica); calidad de atención (tiempo de atención y calidad de procesos técnicos); relaciones interpersonales (trato, conformidad de usuario con atención, recomendación del servicio por parte del usuario) y, satisfacción del usuario respecto al confort. El estudio encontró que: el tiempo de espera era relativamente menor en establecimientos CLAS que en los no CLAS (aunque la diferencia no era significativa); en ambos tipos de establecimientos la atención era inadecuada; no existía integridad en los servicios, y el número de quejas era elevado. Como sintetiza Velarde (2002): “no hay asociación entre el modelo de gestión y el tiempo de consulta, implementación de enfoques de atención integral, percepción sobre calidad técnica de atención, limpieza de ambientes, nivel de satisfacción de usuarios y declaración de quejas”.

Al mismo tipo de conclusiones arriba Cortez (1997, 1999), a partir de entrevistas a 1053 usuarios de Lima, La Libertad y Junín. En los tres ámbitos, los usuarios de establecimientos CLAS expresaron su satisfacción con la calidad del servicio en proporciones mayores que las correspondientes a establecimientos no CLAS (86% frente a 77%). También se halló que en los CLAS el tiempo de espera era menor que en los no CLAS, aunque los tiempos promedio de espera en los tres ámbitos considerados en el estudio, eran bastante diferentes; en Junín, el tiempo promedio fue 13 minutos, en Lima 37 minutos y en La Libertad, 61 minutos. Este estudio también encontró que en los establecimientos CLAS localizados en áreas urbano marginales, los usuarios recibían más indicaciones por parte del personal médico, que en los establecimientos localizados en áreas rurales.

Otro hallazgo importante de Cortez es la relación entre satisfacción de usuarios y el tipo de actitud de las autoridades de salud. Así, en los establecimientos ubicados en ámbitos en los que las autoridades de salud estaban involucradas en el programa, los niveles de satisfacción son mayores. La satisfacción del usuario era menor en aquellos establecimientos con autoridades “ausentes” y mucho menor en aquellos con autoridades con actitudes obstaculizadoras.

Por su parte, O'Brien (1996), a partir de entrevistas a usuarios de Ayacucho, Amazonas y Tacna, halló un impacto significativo del modelo CLAS en la calidad de la atención. No obstante, los indicadores considerados no se refieren estrictamente a la calidad de los servicios, sino que están relacionados con condiciones favorables al acceso a los servicios pero, son percibidas por los usuarios como aspectos positivos en la calidad de los servicios: ampliación de horarios de atención, presencia permanente de profesionales y existencia de medicamentos a menor precio.

Por último, Salazar, Carrasco y otros (1999), en base a entrevistas a 134 jefes de establecimientos y 35 representantes comunales, evaluaron la calidad de las atenciones en función de sus concentraciones, observándose que éstas aumentaron de 1.60% a 14.37%. No obstante, este dato que expresa un mejor uso del servicio por persona (intensidad), no puede ser atribuido exclusivamente a los CLAS, ya que en el estudio la muestra está conformada tanto por establecimientos CLAS como por establecimientos del Programa Salud Básica Para Todos.

6.4.9 Participación comunitaria

El tema de la participación comunitaria está presente en 21 de los documentos revisados, con diferentes niveles de exhaustividad. Las fuentes principales de estos estudios son de antigua data: en 1996 se realizó una encuesta a usuarios y miembros de CLAS en los departamentos de Amazonas, Ayacucho y Tacna (O'Brien) y una evaluación rápida en 16 CLAS de Cusco, Tacna, Iquitos y Lima (Taylor). Posteriormente, en 1998, se realizó el estudio ya mencionado de Cortez, que contempló entrevistas con 1053 usuarios de 12 CLAS en La Libertad, Lima y Junín; una revisión del proceso en CLAS en Ayacucho e Ica (Altobelli) y, una sistematización de la experiencia en dos CLAS de Cusco (Valle, otros). De 1999 a la fecha no se ha identificado algún otro estudio sustentado en fuentes primarias.

En los estudios realizados al poco tiempo de implementado el modelo se destaca las debilidades de su implementación en este campo. O'Brien señala que la participación comunitaria era muy limitada, en gran medida porque no se realizaron actividades previas de sensibilización ya que las autoridades del PAC se limitaron a convocar a los "notables" y promotores de salud de la comunidad, no a la población. Añade que incluso los Planes Locales de Salud –que debían ser resultado de la participación activa de la población- eran producto del trabajo de los responsables de los establecimientos de salud. Taylor también repasa en este aspecto y plantea la

necesidad de “aclarar a los funcionarios del MINSA que la participación comunitaria es una política nacional” y, por otro lado, sugiere la necesidad de definir indicadores sencillos para que la población se comprometa en la recolección de datos y su análisis.

Altobelli insiste en este tema en sus diversos estudios. Ya en 1998 indica que pese a que los CLAS facilitan la participación de la comunidad (en especial de las mujeres), la sola existencia de los CLAS no incrementa la participación comunitaria, pero añade que “hay un mayor potencial para que estimule la participación comunitaria a lo largo del tiempo”. Señala también que pese a que no hay una relación inmediata entre CLAS y participación, los CLAS “han demostrado involucrar a la comunidad en la identificación y priorización de problemas a partir de una evaluación comunitaria de la salud, la planificación de soluciones y decisiones sobre uso de fondos”. Posteriormente, en el 2000, Altobelli vuelve sobre el tema, señalando que los CLAS facilitan la acción de la comunidad en las actividades de control social, es especial en zonas relativamente menos pobres en las que la participación y gestión comunal es más calificada (profesionales, profesores retirados).

El estudio de Cortez (1998) arroja interesante información acerca de la participación comunitaria (a partir de encuesta en Lima, La Libertad y Junín), destacando la presencia mayoritaria de las mujeres de organizaciones de base en los CLAS. Otro hallazgo es que en las comunidades rurales dispersas la participación es más frágil que en las urbanas y que esta participación se incrementa en aquellos ámbitos en los que las autoridades de salud tienen una actitud comprometida con el modelo. No obstante, señala Cortez, esta presencia de personas de la comunidad en los comités, es desconocida para la población (80% de los pobladores entrevistados no sabía que el establecimiento era “co-administrado”). Discrepando con lo que anota Altobelli, Cortez señala que la participación comunitaria en la gestión y el control social son limitados. Por otro lado, a diferencia de lo anotado por O’Brien, indica que la participación civil se ha legitimado en las decisiones del establecimiento a través de la ejecución del censo comunal y de la elaboración de planes de salud.

La débil participación de la comunidad en la gestión de los CLAS también es planteada por Salazar y co-autores (1999) a partir de entrevistas con jefes de establecimientos y representantes comunales de San Martín, La Libertad, Cajamarca y Lima, al encontrar que la participación en los casos referidos por los entrevistados, se limitaba a aspectos secundarios de la Gestión. Salazar se pregunta: “cómo hacer para que la

participación abarque realmente la Gestión”. De manera coincidente, Valle y coautores (1999), a partir de entrevistas a usuarios, personal de establecimientos e integrantes de dos CLAS en Cusco, constatan una actitud de desconocimiento e indiferencia de la comunidad y los usuarios sobre los CLAS, identificando como un problema a afrontar el hecho de que la población no ha internalizado el papel que debe desempeñar en la administración de los establecimientos que, por otro lado, se expresa en que los integrantes de los comités se sienten carentes del apoyo comunitario. Recomiendan realizar acciones de motivación y difusión del PAC en la población.

En base a documentos y estudios previos, en el 2000 Sobrevilla plantea algunos criterios básicos alrededor del concepto de participación ciudadana en salud, entendida como un “proceso de generación de capacidades locales, en el que la intervención de la población se da en los procesos de toma de decisiones, en la ejecución de programas, su beneficio y disfrute de los resultados de la ejecución y, su intervención en los esfuerzos por evaluar dichos programas”. Añade que “con la participación comunitaria se pretende conseguir la intervención consciente y activa de la población en las diferentes fases y actividades del proceso de salud: problemas, prioridades, toma de decisiones, administración, seguimiento y evaluación”.

Con esta concepción sobre la participación, Sobrevilla propone algunas reflexiones sobre ésta en los CLAS. Anota que en los CLAS la participación comunitaria se da sólo como “acompañante”; que el sector salud utiliza a la comunidad para lograr sus objetivos (identificando a organizaciones o líderes capaces de movilizar a la población para campañas determinadas), pero que no existe una intervención de la población organizada en la conducción y administración de las acciones de salud; esto sería aún más cierto en las comunidades rurales donde el poder del personal de salud es hegemónico.

A similar conclusión llega Arroyo (2000), cuando señala que en los establecimientos CLAS la participación de la comunidad es “colaborativa” con tendencia de los establecimientos a considerar a la comunidad sólo como un recurso para la ejecución de tareas: “se ha puesto en un segundo plano la participación comunitaria vinculada a la planificación y movilización social”. Añade que los CLAS involucran sólo a los líderes, pero no a sus comunidades. Frente a esto propone fortalecer la participación social, promoviendo que los representantes de la comunidad sean designados por la población, y promover también formas independientes de vigilancia y control

ciudadano. En la misma línea, la GTZ (2002) anota que la representatividad de los miembros de los CLAS no es formal, no proviene de una elección directa y que la mayor parte son miembros o ex miembros de organizaciones de base, entre los que el MINSA los selecciona.

Altobelli en el 2002, plantea también algunas reflexiones sobre el concepto de la participación ciudadana en salud. Señala que ésta puede verse desde dos puntos de vista: como elemento esencial para el Estado democrático y el desarrollo sostenido y, como parte de un modelo utilitario. En el marco de la primera de las opciones, señala que cuando la población recibe apoyo para poder participar en las decisiones comunales, encuentra soluciones apropiadas y gana poder para aplicarlas. Añade que la participación ciudadana fortalece la transparencia en el gasto público, ayuda a identificar prioridades y, además, si la población participa en el análisis y el diseño, los cambios en la conducta sanitaria y en la prevención de enfermedades serán más duraderos.

No obstante, señala Altobelli, existen algunos obstáculos para la participación, uno de ellos es la pobreza en muchos sectores de la población, lo que inhibe su participación, por lo que recomienda evitar modelos verticales, y ser más flexibles; al respecto anota que los métodos educativos de programas para preparar a las comunidades para la participación son opuestos a ella y con sesgos autoritarios. Además, otro factor negativo es la actitud de resistencia de los profesionales de la salud. Recomienda asegurar el desarrollo de actitudes y destrezas para el trabajo con comunidades por parte del personal de salud en establecimientos CLAS; fortalecer el proceso de elecciones democráticas de los miembros de los CLAS; orientar a la población al formar los CLAS y, propiciar el acercamiento de la comunidad al establecimiento de salud.

Retomando el debate conceptual sobre la participación, Conterno (2002) plantea la necesidad de diferenciar la participación como medio y como fin. Desarrolla el concepto a través de la teoría del principal-agente, uso del conocimiento y especialización de los actores. Identifica el concepto capital social para entender la relación entre participación, la democracia y el desarrollo, referido a “las normas y relaciones sociales existentes en una comunidad que favorecen la coordinación y contribuyen al logro de metas comunes”.

De acuerdo a Conterno, los beneficios de la participación en salud son: mejora el diseño, mejora la calidad de la implementación, disminuye la corrupción, mejora el sentido de la apropiabilidad, genera mayor equidad, mayor capacidad local y moviliza recursos. La autora también anota los posible riesgos: altos costos de transacción iniciales, exceso de expectativas, sustitución del conocimiento técnico, captura por elite local. Existen factores de contexto que influyen en las posibilidades de éxito de un modelo participativo -señala Conterno- tales como las características de complejidad de las comunidades. Identifica comunidades de complejidad baja (comunidades pobres, aisladas, homogéneas); complejidad media (comunidades pobres con alguna integración al mercado, menos homogéneas) y, complejidad alta (urbanas, con acceso a bienes públicos esenciales y gran densidad de organizaciones).

Recomienda incluir mecanismos de resolución de conflictos, institucionalizar mecanismos de participación, brindar apoyo y capacitación a la población y a profesionales de salud y, realizar acciones de promoción local con actores del entorno. Identifica las siguientes etapas para este proceso: sensibilización a profesionales de la salud, promoción local, capacitación a población, capacitación a profesionales de salud, acompañamiento y evaluación.

Por último, se identificó cinco informes de talleres de autodiagnóstico de CLAS de San Martín, Huanuco, Ucayali, Pasco y Cusco (MINSA/USAID/Pathfinder International, 2003). En todos los talleres se llegó a similares conclusiones respecto a la participación de la comunidad: participación limitada a actividades menores; escaso conocimiento e interés de la población sobre los CLAS; poca participación en la elaboración de los planes locales de salud (elaborados por el gerente y el personal de salud); representantes elegidos por los dirigentes y validados por el MINSA y, poca vinculación entre las asambleas CLAS y las comunidades y organizaciones de base.

6.4.10 Propuestas al modelo CLAS

Se han ubicado nueve estudios con propuestas para mejorar el modelo de cogestión CLAS. Solamente dos se basan en información primaria proveniente de entrevistas (Altobelli, 1998 y Abramson, 1999) complementada con información secundaria. Los demás recurren a información proveniente de estudios y evaluaciones previas, estadísticas del programa y análisis de la ENNIV 1997.

Cuatro estudios refieren la necesidad de apoyo político desde el nivel central del Ministerio de Salud como condición de viabilidad para el funcionamiento de un modelo de cogestión. En los inicios del PAC el apoyo era indispensable por la fuerte oposición al programa, la visión desde fuera del programa de carecer de apoyo político y la necesidad de expansión rápida (Altobelli 1998, Taylor y Paredes 2002). Más adelante y con una visión más amplia, se señala que el apoyo político debe manifestarse para la definición de cambios en la política del sector y en el propio modelo (Arroyo 2001, Velarde y Sobrevilla 2002).

Arroyo (2001) y Taylor y Paredes (2002) coinciden en la necesidad de un proyecto de descentralización del sistema de salud y fortalecimiento de la intersectorialidad sobre la base de un replanteo global de las políticas públicas, con nuevos enfoques de desarrollo que eviten la desarticulación entre políticas económicas y sociales. En este marco, los CLAS deben ser concebidos como una propuesta nacional dentro de la política de descentralización.

Velarde y Sobrevilla (2002) sugieren que el apoyo político debe ir más allá del Ministerio de Salud; plantean la necesidad de definir un nuevo marco normativo para la participación social en los programas y servicios a cargo del Estado.

Otro aspecto identificado como condición que oriente el funcionamiento de los CLAS es el apoyo técnico y capacitación en la gestión de los CLAS. Los aspectos en los que se tendría que reforzar son en organización, planeamiento local de salud, seguimiento y evaluación, provisión de servicios, extensión comunitaria, desarrollo comunitario multisectorial integrado, métodos y actividades para mejorar la promoción de la salud y la equidad en la comunidad (Altobelli 1998 y Cotlear 2000).

Altobelli propone una metodología de capacitación horizontal para el desarrollo humano sostenible. La metodología de tres pasos se basa en el efecto demostrativo de experiencias exitosas para el aprendizaje.

Otro tipo de propuestas para la modificación del modelo de los CLAS se refieren a la orientación de las acciones de los CLAS y la necesidad de definir los roles de éstos y del MINSA (Altobelli 1998 y 2000, Sobrevilla 2000, Taylor y Paredes 2002 y Valverde y Sobrevilla 2002).

Resumiendo las sugerencias realizada por los autores sobre este aspecto tenemos:

- Definir una política que esclarezca los componentes de la atención primaria de salud y defina el rol de los CLAS en este aspecto.
- Separar la función de control y vigilancia social de la función de cogestión, estructurando un espacio participativo diferente que concentre dichas funciones (por ejemplo Cabildos Abiertos)
- Necesidad de que los CLAS no se limiten sólo al sector salud, sino que se interrelacionen con otros sectores para estimular el desarrollo local.
- Las prioridades y esfuerzos de los CLAS deben ser acciones de salud integradas y poner en un segundo nivel las actividades administrativas.
- Redefinir el rol de la DISA, donde se puede crear un mecanismo formal y sostenido de capacitación, asistencia técnica, supervisión, monitoreo y evaluación de los CLAS.
- Redefinir el rol del PAAG, que debe pasar de la función financiadora a la de administración de los contratos de cogestión. La representación del PAAG en la DISA tendría la responsabilidad de verificar la ejecución de las actividades de salud individual y colectiva en los servicios de salud.
- Asegurar que el rol de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA sea el de proporcionar orientaciones sanitarias, acreditación de la infraestructura sobre la cual se proporcionan los servicios de salud y además la calidad de la cogestión y de la participación ciudadana.

Otro tipo de propuestas van dirigidas a mejorar los diferentes sistemas de la gestión de los CLAS:

- Para mejorar la cogestión de los servicios de salud, Velarde y Sobrevilla (2002) sugieren modificar los instrumentos de gestión introduciendo incentivos y penalidades en los acuerdos de Gestión, con lo que se espera un mejoramiento del modelo de cogestión, generando condiciones que potencien el uso eficiente de los recursos.
- Mantener el marco legal vigente en la medida que favorece la gerencia de recursos según la lógica privada (Velarde y Sobrevilla 2002).
- Reconfigurar los CLAS Red en CLAS que administren hasta cuatro establecimientos de salud, debido a que los CLAS Red tienen un número mayor de establecimientos, comunidades y personal, situación que no favorece la participación comunitaria (Velarde y Sobrevilla, 2002).

- Establecer un tipo especial de personería jurídica para las organizaciones involucradas en la cogestión de servicios de salud, con procedimientos de registros simplificados y exoneradas del pago de tasas notariales (Velarde y Sobrevilla 2002).
- Reforzar las capacidades de planeamiento estratégico a nivel de DISA, a fin de que la planificación local de actividades de salud considere este plan como marco. (Sobrevilla 2000).
- Sobrevilla menciona la necesidad de reforzar el actual Plan de Salud Local y su proceso de informatización y evaluar si es viable la inclusión de indicadores de impacto en los contratos de administración compartida. Si así fuera, los indicadores no solamente fuesen de impacto sanitario, sino también de calidad del proceso de atención, y de la equidad del servicio.
- El Plan de salud Local debe contener el diagnóstico y la planificación de las necesidades reales de cada comunidad, el formato debe ser simple para que permita la participación de la asamblea CLAS y se debe apoyar la realización de censos locales de salud. No deben incorporarse metas impuestas (Altobelli 2002).
- Mejorar la programación presupuestal de los CLAS en función a nuevos mecanismos de financiamiento. (Sobrevilla 2000).
- Para mejorar los roles de gerencia se debe difundir los aspectos generales y específicos de la cogestión al interior y al exterior del MINSA (sobre las características del CLAS, logros y dificultades) (Sobrevilla 2000).
- Diseñar sistemas de información, monitoreo y evaluación para conocer el impacto de los CLAS en cuanto a la cobertura, calidad, oportunidad de servicios y participación comunitaria. Se sugiere que el monitoreo incluya comparaciones con servicios de salud de otro tipo de Gestión (Altobelli 1998, Abramson 1999, Cotlear 2000). Sobrevilla (2000) agrega que la evaluación debe estructurarse en función del plan anual de gestión y complementariamente se debe realizar una evaluación interna de la cogestión. Estas dos funciones deberían ser de responsabilidad del nivel central.
- Implementar un sistema de autosupervisión de la calidad de la gestión de la cogestión en la DISA y en el Nivel Central (Sobrevilla 2000).
- Propiciar la implementación de un sistema de costeo local de servicios según perfiles geográficos, demográficos y de complejidad de establecimientos. Esto facilitará la obtención de estimados nacionales de los costos de operación del modelo de cogestión CLAS (Sobrevilla 2000).

- Sobrevilla (2000) sugiere la difusión del régimen contable aplicable a los CLAS, ordenamiento del manejo tributario a nivel de CLAS y del mismo establecimiento de salud.
- Paralelamente, Altobelli (2002) recomienda fortalecer un proceso de transparencia en la gestión financiera de la DISA, ya que la vigilancia ciudadana sólo se orienta a los CLAS y a las cuentas locales.
- Velarde y Sobrevilla (2002) mencionan la necesidad de definir un régimen tributario y administrativo especial para los ámbitos en los que se implemente el modelo de cogestión, simplificando las obligaciones contables y tributarias actuales.
- En materia de capacitación a los recursos humanos, Sobrevilla (2000) sugiere que el MINSA coordine con universidades locales para establecer planes de actualización profesional y especialización. Las sedes docentes de dichos programas se ubicarían dentro de los centros modelo CLAS.

Por último, las modificaciones al modelo CLAS respecto al tema de participación comunitaria las encontramos en cinco estudios. Las sugerencias en este aspecto tienen un rango de variación bastante amplio. Una propone un nuevo enfoque sobre la participación comunitaria (Velarde y Sobrevilla, 2002), otras son específicas para asegurar la participación comunitaria en los CLAS (Altobelli 1998 y 2002, Arroyo 2001, Sobrevilla 2000, Velarde y Sobrevilla 2002)¹⁹:

- Cambio en el número de la Asamblea CLAS. Sobrevilla (2000) sugiere ampliar la Asamblea CLAS de modo que incorpore una mayor cantidad de asociados, especialmente de los grupos organizados. Se sugiere que el tamaño de la Asamblea sea consistente con la generación de microrredes de dos a cuatro establecimientos, todos ellos administrados por un mismo CLAS. Más adelante, Valverde y Sobrevilla (2002) proponen que el número de miembros del CLAS se incremente de siete 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.
- Cambio en la composición de la Asamblea CLAS. La participación debe ser a nombre de las organizaciones a las que pertenecen y no a título personal (Sobrevilla 2000). Además se incorporaría a otro grupo de organizaciones y actores vinculados al desarrollo local, como gremios de productores, organizaciones comunitarias vinculadas a salud y desarrollo, municipio local,

¹⁹ Más detalle al respecto se encuentra en el punto Participación Comunitaria.

agrupaciones religiosas, asociaciones de padres de familia, trabajadores de salud, organizaciones campesinas y nativas (donde existan) y al responsable del establecimiento sede del CLAS (Valverde y Sobrevilla 2002).

- Incorporar a los gobiernos locales en el proceso de conformación de los CLAS, quienes se encargarían de convocar a las organizaciones de base que elegirían a sus representantes en la Asamblea del CLAS. Esta alternativa permitiría la participación activa del gobierno local en aquellos casos en que éste muestre un liderazgo e interés local en la cogestión del servicio de salud (Sobrevilla, 2000)..
- Se asignaría a las municipalidades provinciales la responsabilidad de organizar y renovar los CLAS en ámbitos de salud dentro de su territorio (Valverde y Sobrevilla, 2002).
- Altobelli 2002 propone fortalecer el proceso de elecciones democráticas de los miembros de los CLAS y Velarde y Sobrevilla (2002) sugieren modificar el mecanismo de elección y designación de miembros del CLAS a fin de asegurar la transparencia (contar con registro de organizaciones locales y representación a través de delegación acreditada).
- Velarde y Sobrevilla (2002) proponen que la Asamblea General que sesione periódicamente elija un Consejo o Junta Directiva compuesta por 5 miembros.
- Un aspecto importante para reforzar la participación ciudadana es la planificación local. Altobelli (1998) recomienda involucrar a la comunidad en la planificación de la salud para que ellos mismos y sus familias puedan participar y comprometerse activamente.

7. INVENTARIO DE ESTUDIOS Y EVALUACIONES SOBRE CLAS

A continuación un listado de los estudios y evaluaciones identificados. Los que tienen un asterisco son los que aún no se tienen disponibles.

ABRAMSON Wendy

1999 Asociaciones entre el sector público y las organizaciones no gubernamentales para la contratación de los servicios de salud primaria: Un documento de análisis de experiencias.
En: Partnerships for Health Reform. LAC-RSS Iniciativa Reforma Sector Salud, No 25
Agosto

ALTOBELLI Laura C.

2002 Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS
En: La salud peruana en el siglo XXI. CIES / DFID / The policy project.. Diálogo y propuesta No 10
Lima, Julio

2001 Decentralization to improve health care for the poor. Case study in Perú
Prepared as a background paper for the Governance and Institutional Assessment for Decentralization in Peru, by Yasuhiko Matsuda and Fernando Rojas.
Poverty Reduction and Economic Management Unit, World Bank.
Washington D.C., May

2000 Programa de administración compartida y comités locales de administración de salud (CLAS) en Perú. Preparado para el seminario: El desafío de la reforma en salud: alcanzando a los pobres. El Foro de Europa y las Américas sobre reforma del sector salud
Banco Mundial
Costa Rica, Mayo

1998 a Health Reform, community participation, and social inclusion: the shared administration program
UNICEF Perú
Lima, Agosto

1998 b Comparative analysis of primary health care facilities with participation of civil society in Venezuela and Perú
Prepared for the seminar: Social program, poverty and citizen participation
Cartagena, Marzo

ARROYO Juan

2001 La función del gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud
En CIES. Políticas de salud 2001-2006. Diálogo y propuestas No 5
Lima, Julio

2000 La reforma del sector salud en el Perú, 1990-1998: en busca de nuevos modelos de política social.
En: PUCP / UP / IEP. Políticas sociales en el Perú: Nuevos aportes
Lima, Febrero

1999 *Informe al Taller Permanente sobre Reformas del Sector Salud **
Instituto de Investigación, Cooperación Externa y Proyectos de Desarrollo
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Lima

BACA W. *

1996 *Evaluación técnico administrativa del programa de administración compartida en la Sub región*
Cusco

CASTILLO Martell Humberto

2002 Análisis del modelo de gestión vigente: Percepciones y expectativas de los actores locales y subregionales sobre la gestión de servicios (evaluación de campo)
En: MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Revisión y propuesta de ajustes para el modelo de gestión de servicios del Ministerio de Salud
Lima, Junio

CONTERNO Elena

2002 Marco conceptual de la revisión del modelo de gestión: Participación social en la atención de salud. En: MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Revisión y propuesta de ajustes Para el modelo de gestión de servicios del Ministerio de Salud
Lima, Junio

CORTEZ Rafael y Phumpiu Paul

1999 La entrega de servicios de salud en los Centros de Administración Compartida (CLAS). El Caso del Perú
BID / IDRC / CIID. Seminario Internacional: Reformas a la Política Social en América Latina, Resultados y perspectivas
Washington, Mayo

CORTEZ Rafael

1998 a Equidad y calidad de los servicios de salud. El caso de los CLAS
Universidad del Pacífico
Lima

1998 b *Reformas de descentralización en el sector salud. La equidad y calidad de la prestación de servicios de los Comités Locales de Salud bajo administración compartida en el Perú **
Chile

COTLEAR Daniel

2000 Perú: reforming health care for the poor
The World Bank. Human development department LCSHD. Paper Series No 57
Washington D.C. Marzo

CHAU Lourdes

1995 Consultoría en el área jurídico tributaria para el Programa de Administración Compartida (PAC) de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Informe final.
Lima

DIAZ ROMERO Ricardo

- 2001 CLAS: una experiencia peruana de empoderamiento en salud.
Presentación realizada en el Taller Internacional sobre Participación Y Empoderamiento para un Desarrollo Inclusivo
Defensoría del Pueblo, PROMUDEH, Banco Mundial, DFID, Gobierno de Alemania
Lima, 09 al 11 de Julio

EWIG Cristina

- 2002 The Politics of Health Sector Reform in Perú
Prepared for the Woodrow Wilson Center Workshop on the politics of education and health Reforms
Washington D.C. April
- 2000 Democracia diferida: un análisis del proceso de reformas en sector salud
En: PUCP / UP / IEP. Políticas sociales en el Perú: Nuevos aportes. Editor: Felipe Portocarrero
Lima, Febrero

*KINCAID Mary et.al. **

- 1999 *Promotion succesful participatory decentralization: lessons lerned from policy activities. Experience From Guatemala, Bolivia, México, Perú*

LA ROSA Liliana

- 2004 Descentralización del sistema de salud, una oportunidad para el empoderamiento de las mujeres y la transversalización de la perspectiva de la equidad de género
OPS
Washington

MINISTERIO DE SALUD

- 1999 *Evaluación externa del PAC. Programa Salud Básica para Todos.**
Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
Lima

MINISTERIO DE SALUD / USAID / PATHFINDER INTERNATIONAL / CATALYST

- 2003 a Informe sobre Taller "Análisis situacional de la cogestión en salud en 7 asociaciones CLAS de la DISA Cusco"
Lima, Diciembre 01 y 02
- 2003 b Taller de análisis situacional de la cogestión en salud de las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud. Dirección Regional de Salud Pasco. Informe N° 004.
Lima, Noviembre
- 2003 c Diagnóstico situacional y propuestas de mejoramiento de la gestión de las Asociaciones CLAS, en la Dirección Regional de Huánuco. Informe N° 002.
Lima, Octubre

2003 d Diagnóstico situacional y propuestas de mejoramiento de la gestión de las Asociaciones CLAS, según 7 Asociaciones CLAS seleccionadas en la DISA Ucayali. Informe N° 003.
Lima, Octubre

2003 e Diagnóstico situacional y propuestas de mejoramiento de la gestión de las Asociaciones CLAS, según 7 Asociaciones CLAS seleccionadas en la DISA San Martín. Informe N° 001.
Lima, Septiembre

MINISTERIO DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL - GTZ

2002 Participación comunitaria en salud: una revisión del concepto y de algunas experiencias en
F/p países latinoamericanos
Diplomado Gerencia de la Calidad en Salud Pública
El Salvador

O'BRIEN Eduardo y BARNECHEA María

1996 Evaluación del Programa de focalización del gasto social básico. Sub Programa Administración
Compartida (Ámbito del estudio: Amazonas, Ayacucho, Tacna)
Proyecto de análisis, planeamiento y ejecución de políticas (PAPI)
Convenio USAID – Gobierno Peruano
Lima

1995 *Informes sobre los CLAS **
USAID
Lima

OCAÑA D y Gonzáles C *

S/f *An experience to achive increased incoverage of health services. Reporte preparado por el
CLAS Chiclayito de Piura*

ORTIZ Velarde Rolando *

1995 *Informe Final de Consultoría. Programa de Administración Compartida
MINSA.*

ORTIZ DE ZEVALLOS Gabriel, EYZAGUIRRE Hugo, PALACIOS Rosa María, POLLAROLLO Pierina

1999 La economía política de las reformas institucionales en el Perú: los casos de educación, salud y
pensiones
BID / Instituto APOYO
Washington D.C.

PAREDES Solari Patricia *

1994 *Informe Final de Consultoría. Programa de Administración Compartida
MINSA
Lima*

*PEÑARRIETA Isabel **

1998 *Equidad según necesidades de atención y comportamiento de los usuarios entre servicios CLAS y no CLAS*

PUNTRIANO Julio César

2002 a Análisis del modelo de cogestión vigente: Análisis crítico de la normatividad nacional que regula o incide en el funcionamiento del modelo de cogestión CLAS (evaluación de gabinete)
En: MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Revisión y propuesta de ajustes para el modelo de cogestión de servicios del Ministerio de Salud
Lima, Junio

2002 b Revisión de otras experiencias de cogestión. Estudio comparativo de otros marcos normativos nacionales e internacionales en materia de cogestión.
En: MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Revisión y propuesta de ajustes para el modelo de cogestión de servicios del Ministerio de Salud
Lima, Junio

RODRIGUEZ NEYRA Alfonso

2003 Análisis situacional legal de la administración compartida
Futuras Generaciones
Lima, Enero

*ROJAS Jorge **

1997 *Evaluación de los CLAS en la Dirección Regional de Salud de Cajamarca.*

SALAZAR Fernando, Carrasco Víctor, Arroyo Juan, Mendoza Walter

1999 El Programa Salud Básica para Todos y los Comités Locales de Administración de Salud: dos modelos de reforma para la red periférica. Perú 1994-1996
OPS / OMS. Investigaciones en salud pública. Documentos técnicos No 15
Mayo

*SANTISTEBAN Barsallo CS **

2001 *Problemas y estrategias para los CLAS. Presidente de CLAS Noria Trujillo
Perú, La Libertad, mimeo*

SOBREVILLA Alfredo

2002 Propuestas para el mejoramiento de la cogestión de servicios públicos de salud
MINSA. Dirección General de Salud de las Personas
Lima, 2002

2000 a *La experiencia del Programa de Administración Compartida. CLAS **
2000

2000 b Informe Final de Consultoría
F/p MINSA
Lima

- 1999 Evaluación interna del Programa de Administración Compartida
MINSAs. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, Salud para Todos y Administración Compartida. Serie de Informes Técnicos N° 1. Lima.

TAYLOR Carl

- 1996 Evaluación de los CLAS: un nuevo componente de la reforma del sector salud en el Perú.
MINSAs, Lima.

TAYLOR Carl y Paredes Patricia

- 2002 Perú: Communities and Government Learning to work together.
En: TAYLOR D. TAYLOR C. Just and lasting change -When Communities own their futures
The Johns Hopkins University Press. Baltimore.

- 1998 Transiciones críticas del Programa de Administración Compartida en Perú. Reporte de viaje
Departamento de Salud Internacional. Johns Hopkins School of Higiene and Public Health
Baltimore, Junio

UGARTE Oscar

- 2001 Descentralización en Salud
En: CIES. "Políticas de salud 2001-2006". Diálogo y propuestas No 5
Lima, Julio

UGARTE Oscar y Monge José Antonio

- 2000 Equidad y reforma en el sector salud
En: PUCP / UP / IEP. Políticas sociales en el Perú: Nuevos aportes. Editor: Felipe Portocarrero
Lima, Febrero

*UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA / CONSORCIO CATALUÑA **

- 1996 *Análisis Situacional de la Gestión de los Servicios de Salud y Propuesta Estratégica*

VALLE Gladys, Soto Rosario y otros

- 1999 Salud y comunidad. CLAS: una experiencia compartida
Centro de Educación y Comunicación Guamán Poma de Ayala / CARITAS Holanda/ MEMISA
Cusco, Noviembre

VELARDE González Nicolás

- 2002 a Marco conceptual de la revisión del modelo de cogestión: Aspectos gerenciales de la atención
en salud
En: MINSAs. Dirección General de Salud de las Personas. Revisión y propuesta de ajustes para el
modelo de cogestión de servicios del Ministerio de Salud
Lima, Junio
- 2002 b Análisis del modelo de cogestión vigente: Revisión de informes existentes (evaluación de
gabinete)
En: MINSAs. Dirección General de Salud de las Personas. Revisión y propuesta de ajustes para el

modelo de cogestión de servicios del Ministerio de Salud
Lima, Junio

S/f *Consideraciones para la gestión del Programa de Administración compartida **
MINSA – PAC

1998 *Situación del modelo de gestión del Programa de Salud Local y elementos para su Ajuste **

VELARDE Nicolás y Sobrevilla Alfredo

2002 Propuestas de ajustes al modelo CLAS y para el desarrollo de otras experiencias de cogestión en salud
En: MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Revisión y propuesta de ajustes para el modelo de cogestión de servicios del Ministerio de Salud
Lima, Junio

VERA del Carpio Juan José

1995 a Informe Final de Consultoría. Programa de Administración Compartida
MINSA

1995 b *El Programa de Administración Compartida: alcances y evaluación **
En: UNICEF - Grupo Propuesta: Participación Ciudadana y Gestión Local

VICUÑA Marisol y otros

1998 a Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención
MINSA. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, Salud para Todos y Administración Compartida. Serie de Informes Técnicos N° 2
Lima

1998 b *Análisis de la demanda potencial y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud y la participación comunitaria de los líderes comunitarios **

1998 c *Modelo de gestión del establecimiento de salud y la participación comunitaria de los líderes comunales **

Notas

* Documentos que faltan ubicar
S/f sin fecha
F/p fecha probable

8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. La principal limitación de este estudio ha sido la recuperación de estudios y evaluaciones realizados por el Ministerio de Salud. La alta rotación de funcionarios en el sector no ha permitido tener una “memoria institucional” y menos archivos con la documentación de los estudios y evaluaciones realizadas que no fueron suficientemente difundidos ni mucho menos publicados.
2. De los cuarenta y cuatro estudios revisados (de un total de sesenta y tres identificados), no existe uno sólo que aborde de manera integral la pertinencia y viabilidad del modelo de cogestión de los servicios de salud propuesto por el MINSA, a través de los CLAS.
3. En lo que se refiere al conocimiento del impacto del modelo CLAS en los niveles de salud de la población beneficiaria, tampoco se ha identificado algún estudio que se haya orientado específicamente a este objetivo. Existen algunas investigaciones puntuales que pese a sus limitaciones de cobertura geográfica, permiten obtener algunas luces al respecto, no estrictamente al impacto en la salud de la población, pero sí en relación a la ampliación de la cobertura de atención de los establecimientos bajo este modelo.
4. De manera indirecta, se pueden extraer algunas conclusiones acerca de la calidad de los servicios brindados en los establecimientos bajo gestión de los CLAS. Esta, valorada a través de la satisfacción de los usuarios.
5. De los 44 estudios reseñados, algo más de la mitad (23) se sustentan en la revisión de estudios previos, ya sea que éstos fuesen informes de trabajo de campo o análisis posteriores. Esto explica que en muchos casos, los análisis y conclusiones de estos documentos sean reiterativos.
6. La mayor producción de estudios y evaluaciones se realizó en los períodos comprendidos entre los años 1997 – 2000 y 2001 - 2004. Estas etapas corresponden a la fase de la institucionalización de la gestión del Programa de Administración Compartida y la descentralización.
7. Cabe destacar que el tema del acceso de la población a los servicios de salud – que sería el camino para evaluar la efectividad del modelo- sólo es tratado por el 30% de los estudios; muchos de ellos de manera tangencial y/o redundante.

8. Los estudios referidos a la calidad de atención en los establecimientos de salud, sólo son siete (el 16%). Probablemente esto obedezca a que el último estudio basado en fuente primaria data de 1999 y que sobre sus resultados ya existe bastante literatura.
9. La clasificación por temas respondió a las materias encontradas en los estudios a los que se tuvo acceso. Temas que son importantes en una evaluación de los CLAS, tales como financiamiento del programa, demanda de servicios de salud, cobertura del programa, calidad de los servicios de salud (no solamente percepción del usuario), sostenibilidad, entre otros, no pudieron ser considerados para la clasificación, porque no fueron tratados en los estudios revisados.
10. Sobre el tema de la Reforma del Sector Salud, los estudios realizados indican que las reformas fueron desarrolladas e implementadas sólo por el MINSA. En estos procesos el Congreso tuvo un papel nulo. Este contexto expresa una débil institucionalización de las reformas. Programas dirigidos como el PAC, políticamente débiles, pueden ser fácilmente modificados o desmantelados.
11. Una pregunta que surge de los textos, sobre este tema, es si la Reforma es un instrumento de las políticas de ajuste o si es un instrumento para buscar equidad en salud y en las políticas sociales, considerando que no son consecuencia de una demanda social y política previa, sino que surgen unilateralmente de reflexiones de técnicos, tomando modelos elaborados en el exterior.
12. Los CLAS serían una experiencia de descentralización focalizada y no parte de un proceso integral de descentralización política del país. Los logros y limitaciones de los CLAS dependen del mayor o menor nivel de participación efectiva de la comunidad, el cual, a su vez, depende de las facilidades o dificultades que otorgan los representantes del sector.
13. El modelo de cogestión CLAS no sería una alternativa global de descentralización, dado que no todas las dependencias del nivel central del MINSA o de la Subregión de Salud comprometen recursos, aparato administrativo y asesoría técnica para mejorar la gestión de los CLAS, ni tampoco intervienen para solucionar problemas.
14. Al igual que el Vaso de Leche o las Entidades Ejecutoras de FONCODES, en el modelo CLAS existiría una clara centralización del proceso de asignación de

recursos en el Gobierno central y diferentes procesos de descentralización de la producción hacia ámbitos territoriales subnacionales (con marcada incidencia en ámbitos locales).

15. El equipo gestor de la propuesta de cogestión CLAS partió de la concepción de que la principal reforma de salud que el Perú necesitaba era orientar los cambios para mejorar la salud de la población y no sólo mejorar la gerencia a través de la reorganización de hospitales y servicios de atención primaria; es decir, debería orientarse hacia la eficiencia.
16. Tres habrían sido las ideas que primaron en el diseño del modelo: ampliar la cobertura de los establecimientos de salud en el nivel básico de atención y mejorar la calidad de los servicios a través de la participación de la comunidad en la prestación del servicio, bajo un esquema de corresponsabilidad.
17. Del análisis de la legislación nacional se concluye que es necesario un nuevo marco constitucional en materia de democracia participativa y control ciudadano. El marco legal existente refleja una voluntad política para descentralizar el Estado y crear medios efectivos de participación ciudadana, en los que se enmarcaría el modelo de cogestión.
18. Las normas específicas del modelo de cogestión CLAS son inadecuadas; no existe un conjunto armónico de normas y su constante modificación genera inestabilidad jurídica, produciéndose malas interpretaciones o aplicaciones incorrectas en el nivel regional y local.
19. La existencia de diversas fuentes de financiamiento del sector salud habría creado ineficiencias administrativas, duplicaciones y confusión en los programas, presupuestos y reportes requeridos por las autoridades regionales.
20. Los CLAS habrían demostrado eficiencia en el gasto. Existe la necesidad de fortalecer procesos de transferencia en la gestión financiera de las DISA para que exista vigilancia ciudadana sobre los comités regionales de salud referentes a los CLAS y no sólo sobre las cuentas locales.
21. Un aspecto central en la gestión de los CLAS es el de los recursos humanos. Por un lado se reconoce los beneficios del sistema privado para contar con mejores

profesionales de salud, con un mayor tiempo de permanencia y con mejores condiciones laborales, pero los salarios más altos del personal de los CLAS encarece el programa.

22. Existe desconocimiento de los CLAS por parte del gerente y del propio personal de salud, acerca de la modalidad de su contrato bajo el régimen privado. La existencia de trabajadores “nombrados” y “contratados” con obligaciones y derechos diferentes genera climas de desconfianza, tensiones y conflictos.
23. El incremento de la cobertura en los establecimientos CLAS es de mayor envergadura en aquellos CLAS en los que la participación comunitaria es mayor. Habría un mayor acceso de la población a los servicios de salud en aquellos establecimientos CLAS localizados en áreas urbano marginales, en los que la población tiene mayores recursos para pagar las consultas, en comparación con aquellos establecimientos localizados en áreas rurales.
24. El 67% de usuarios de los CLAS serían de los dos quintiles inferiores de ingresos, mientras que esta población sólo significarían el 40% en los establecimientos no CLAS. Una de las razones de esto sería el menor precio de los medicamentos en los establecimientos CLAS.
25. A pesar del incremento en la cobertura y del avance en la producción de servicios, aún existirían debilidades en los aspectos referidos a equidad e inclusión de los más pobres a los servicios de salud.
26. Respecto al tema de la calidad de la atención no existe un criterio uniforme sobre las variables a partir de las cuales se construye este indicador. Adicionalmente, ya sea por el momento en el que se ejecutaron los estudios o por los ámbitos que se consideraron, no existe una percepción común acerca de la mejor o igual calidad de atención entre los establecimientos gestionados bajo el modelo CLAS y el resto de establecimientos de salud.
27. Sobre la participación comunitaria destaca la presencia mayoritaria de las mujeres pertenecientes a organizaciones de base (comités de vaso de leche, comedores populares, clubes de madres).

28. En las comunidades rurales dispersas la participación sería más frágil que en las urbanas.
29. Al igual que en el tema de calidad, no existe un consenso en los criterios con los que se mide la participación comunitaria, en el enfoque acerca de ésta (estrategia o fin), ni en los avances al respecto. Sin embargo, hay coincidencia en señalar que en los casos que la participación comunitaria existe, ésta es débil y se limita a aspectos secundarios de la gestión.
30. El tema de la cogestión no se habría internalizado en la población en la que se ubican los establecimientos CLAS; primaría una actitud de desconocimiento e indiferencia de la comunidad y los usuarios sobre los CLAS. Los CLAS involucrarían sólo a los líderes, pero no a sus comunidades.
31. Existe la necesidad de apoyo político desde el nivel central del Ministerio de Salud como condición de viabilidad para el funcionamiento de un modelo de cogestión y de un proyecto de descentralización del sistema de salud y fortalecimiento de la intersectorialidad sobre la base de un replanteo global de las políticas públicas, con nuevos enfoques de desarrollo que eviten la desarticulación entre políticas económicas y sociales.