



El Desafío de la Reforma en Salud: Alcanzando a los Pobres

El Foro de Europa y las Américas sobre Reforma del Sector Salud

San José, Costa Rica

24-26 Mayo 2000

<http://www.worldbank.org/lachealth>



PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA Y COMITES LOCALES DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS) EN PERU

Aquel vuelo de primera hora de la mañana desde Lima fue algo agitado. En el avión, que volaba en dirección norte siguiendo la línea de la costa del Pacífico, viajaba el coordinador técnico nacional de salud para el Programa de administración compartida. Alzó la vista de su lectura cuando la azafata le ofreció un snack y un refrigerio. «Tomaré un jugo, gracias», le dijo, mientras sus pensamientos retornaron rápidamente a las comunidades rurales que pronto visitaría. La aproximación a tierra fue todavía tambaleante, pero el avión aterrizó con suavidad. Al salir del aeropuerto de Piura a la abrasadora luz del sol, un chófer de la Dirección de Salud (DISA) y un vehículo le estaban esperando para llevarlo a Sullana, a cuarenta minutos de distancia.

Había ido a Sullana a petición del doctor José Leyton Abad, director de la DISA para el departamento subregional de salud de Luciano Castillo. El doctor Leyton tenía el encargo de desarrollar un plan para la expansión del CLAS –Comité Local de Administración de Salud–, la nueva forma de organizar servicios de asistencia sanitaria primaria que permitía la creación de una organización comunitaria legalmente establecida y no lucrativa para supervisar la gestión de las dependencias de salud. Leyton, amablemente, recibió al coordinador en su despacho. Fue directo al grano:

«¿Cómo debemos proceder con nuestro plan para la expansión del Programa de administración compartida en mi departamento? ¿Deberíamos animar a cada una de las dependencias de salud a desarrollar su propia asociación de CLAS (1) o sería mejor promover la formación de un CLAS agregado, de modo que varias dependencias aparezcan reunidas en un único gran CLAS? Durante un tiempo pensé que el Ministerio de Salud no seguiría adelante con este programa. Ahora quieren que nos embarquemos en una expansión de envergadura. Realmente, con la reforma de salud las cosas están avanzando, pero también está cambiando nuestro papel aquí en la DISA, y resulta difícil ordenar las diferentes opciones, sobre todo desde que la comunidad ha empezado

(1) CLAS = *Comité Local de Administración de Salud*.

Caso preparado por la Dra. Laura C. Altobelli, Co-Directora de DS Consult – Consultores asociados para el Desarrollo de la Salud, con la colaboración de Jorge Pancorvo, Universidad de Piura, para servir de base de discusión y no como ilustración de la gestión, adecuada o inadecuada, de una situación determinada. La elaboración de este caso ha sido patrocinada por el Banco Mundial.
Copyright © 2000, IESE y el Banco Mundial.

a intervenir en la toma de decisiones y nosotros hemos de tener en cuenta su opinión. También debo considerar cómo proceder en las áreas urbanas y las rurales, ya que son diferentes en muchos aspectos. Parece evidente que no puedo usar los mismos criterios para ambos lugares. Y, sabe usted, estoy teniendo dificultades para lograr que algunos de los que trabajan en este despacho desde hace tiempo cambien sus puntos de vista con respecto a estas nuevas formas de organizar los servicios de salud.»

La reforma de la asistencia en salud ha estado en fase de concepción durante más de cuatro años. Una de las principales manifestaciones de la reforma, que en realidad ya ha sido puesta en práctica y comprobada sobre el terreno, es el Programa de administración compartida (PAC). El PAC es el programa general, siendo el CLAS la asociación de salud local no lucrativa, compuesta de miembros elegidos por la comunidad, quienes colaboran en la gestión de los centros y puestos de salud dentro de un marco legal. La cuestión está en saber cuál es el modelo de organización que el CLAS debería adoptar a nivel local. Desde el nivel central del Ministerio de Salud, recientemente se ha difundido la idea de un modelo evolucionado de CLAS de tipo «agregado», dadas sus ventajas en cuanto a eficiencia administrativa y su potencial para un sistema de referencias más eficaz en todos los niveles de asistencia. En opinión de algunos actores del sector, miembros de la comunidad y expertos externos, la población tendrá más oportunidades de actuar y de utilizar los servicios cuando cada dependencia de salud disponga de su propio CLAS individual.

Antecedentes del país

Situado en la costa central del Pacífico de Sudamérica, Perú presenta una gran diversidad de condiciones geográficas y climáticas, como desiertos costeros, sierras andinas de difícil acceso y la cuenca superior del río Amazonas. Entre los años cuarenta y los setenta, el país, con siete millones de habitantes y una economía en un 70% rural y agrícola, creció y pasó a tener una población con desarrollo económico y urbanístico, y con una clase media urbana cada vez más importante. Los setenta y los ochenta fueron décadas marcadas por el estancamiento y una migración masiva del campo a las ciudades como resultado de una política distorsionada, el terrorismo y la espiral inflacionista.

Desde 1992, el país ha vencido al terrorismo, logrando estabilizarse económica y políticamente. Sin embargo, la sociedad peruana continúa caracterizada por un abismo cada vez mayor entre ricos y pobres. El 71% de la población actual de 25 millones de habitantes es ahora población urbana, viviendo la mayor parte de ella en asentamientos suburbanos de elevada densidad demográfica en los que escasean los servicios básicos. En Lima se concentra casi la mitad de la población urbana. El desempleo y subempleo afectan a más de la mitad de esa población urbana. Mientras, la economía agrícola rural está abandonada a su suerte. Entre las prioridades gubernamentales de este decenio figuran la ampliación de los servicios básicos de educación y sanidad para los pobres, mejoras en la red de carreteras y en los sistemas de agua, así como otras condiciones para la repoblación y el desarrollo rural. El pasado año, las condiciones macroeconómicas, habiendo mejorado notablemente desde mediados de los noventa, se han visto afectadas por una recesión debida, en parte, a factores económicos internacionales.

A pesar de estas dificultades y de la persistencia de las diferencias entre las zonas urbanas y rurales, los indicadores de salud dan fe de una mejora continuada (véase Anexo 1). La tasa de mortalidad infantil ha disminuido en más de un 25% desde 1991, si bien las tasas rurales siguen doblando a las urbanas. Las muertes de niños o menores debidas a enfermedades

infecciosas han podido reducirse considerablemente gracias a mejoras en la higiene, un mejor acceso a los servicios de salud, un mejor tratamiento clínico de la diarrea y de las infecciones respiratorias agudas y una mayor cobertura inmunizadora (especialmente contra el sarampión). Las tasas de mortalidad infantil permanecen invariables en enfermedades relacionadas con el período perinatal, incluyendo lesiones de nacimiento, cuidado deficiente del recién nacido y enfermedades de la madre que resultan en un parto prematuro o en peso insuficiente del bebé al nacer.

La malnutrición infantil se ha reducido considerablemente tanto en áreas rurales como en urbanas, si bien en estas últimas el descenso ha sido proporcionalmente mayor (del 26 al 16%) que en aquellas (del 53 al 40%) durante el período de cinco años. La mortalidad y desnutrición infantil se concentra más en las áreas rurales debido a una deficiente educación maternal, la pobreza y la escasez de acceso físico, cultural y económico a los servicios de salud. Los programas rurales integrados de promoción de la salud basados en comunidades, que utilizan a promotores de salud bien formados y supervisados, han tenido éxito en fortalecer a las comunidades, mejorando el cuidado y la alimentación del niño por parte de la madre y aminorando las barreras que se interponen en la búsqueda de asistencia de salud formal, reduciendo la malnutrición y la mortalidad. Todavía, este tipo de programas se desarrollan a escala pequeña. En comparación con otros países de América Latina, las tasas de mortalidad infantil de Perú son más altas de lo que cabría esperar a la vista de su PIB per cápita (y según previsiones del Banco Mundial).

El crecimiento demográfico se ha aletargado, pasando de casi un 3% en los años sesenta al 1,9% en 1996, lo que no está muy lejos del promedio de Latinoamérica –el 1,5%–, si bien estos promedios desfiguran las diferencias que existen entre áreas urbanas y rurales. En 1996, el número medio de hijos que daba a luz una mujer en su vida había descendido hasta 5,5 para mujeres del medio rural y a 2,8 para mujeres del entorno urbano. La mortalidad maternal figura entre las más altas de la región, y en los últimos 10 ó 15 años, las tasas han mejorado poco. No ha sido hasta hace poco que se concede prioridad a intervenciones encaminadas a asegurar una maternidad segura. El 44% de todos los nacimientos del país siguen produciéndose en el hogar. En las áreas rurales, esta cifra asciende hasta el 85% o más, debido a barreras culturales, de educación o económicas. Por lo general, los centros y puestos de salud rurales adolecen de falta de personal y equipamiento suficiente para hacer frente a emergencias obstétricas. En cuanto a las elevadas tasas de mortalidad maternal en Lima, se las asocia a los embarazos de adolescentes y a prácticas ilegales de interrupción del embarazo.

Reforma del sector salud

La inversión social ha crecido enormemente a lo largo de los últimos diez años, y aproximadamente el 20% de ésta va a parar al sector salud (véase Anexo 2). El sistema de salud peruano se ha recuperado bastante bien del colapso que sufrió a consecuencia del terrorismo y la hiperinflación a finales de los ochenta y principios de los noventa. A partir de 1994, y durante los tres años siguientes, la disponibilidad de clínicas de asistencia primaria aumentó en dos terceras partes, y se ampliaron sus horarios de trabajo. Los puestos de asistencia primaria para profesionales de la salud aumentaron en casi un 55%. Como resultado, el uso de servicios aumentó en más de un 55%, y en más del 90% en las áreas rurales. Estos cambios fueron responsables, en parte, de la mejora registrada en los indicadores de salud infantil durante aquel período.

El sector de salud peruano es una amalgama de instituciones públicas y privadas. El sector público incluye al Ministerio de Salud, al Instituto de la Seguridad Social (antes IPSS, actualmente ESSALUD) y a servicios de salud para las fuerzas armadas y la policía. Un sector privado relativamente pequeño se dedica a financiar y a prestar asistencia. El Ministerio es el proveedor de servicios más grande, pues mantiene al 86% de todas las dependencias sanitarias y al 67% de todas las camas de hospital. Al mismo tiempo, la producción de servicios de asistencia primaria es extremadamente baja, con un promedio de entre una y dos consultas diarias por cada trabajador del sector. Los índices de ocupación de camas de hospitales del Ministerio también se sitúan muy por debajo de la norma, pese a la necesidad no satisfecha de servicios. Los servicios a pacientes externos –ambulatorios– de los hospitales urbanos del Ministerio suelen confirmar la percepción según la cual los servicios de asistencia primaria prestados por hospitales son de mayor calidad que los dispensados por centros o puestos de salud, mientras que para los servicios a pacientes internos se observa una infrautilización debida, sobre todo, a la barrera del coste, tanto para la población urbana como para la rural, que no están aseguradas ni pueden permitirse una asistencia privada. Las poblaciones rurales tienen, además, las barreras culturales que les inducen a temer los hospitales como sitios donde uno va a morir, a temer la vergüenza o el azoramiento, u otros factores. Aun considerando la expansión reciente, Perú tiene uno de los más bajos índices de la región de gasto del PIB y de gasto per cápita en materia de salud, al tiempo que mantiene uno de los más elevados índices de cobertura por el sector público (véase Anexo 3).

Los objetivos de la reforma del sector salud consisten en mejorar la eficiencia de los servicios, la calidad de la asistencia y la equidad. Los principales retos que el sector todavía afronta son: 1) cómo continuar reduciendo el abismo que media entre la condición de salud de los pobres y la de los no pobres; 2) cómo incrementar los recursos destinados a procurar asistencia para los pobres, y 3) cómo conseguir una mayor eficiencia en la utilización de esos recursos.

Los esfuerzos por reformar ciertos aspectos concretos, llevados a cabo desde principios de los noventa, han tenido éxito. Los que han fracasado han sido intentos de acometer una reforma del sector en su conjunto. Las innovaciones de más éxito han estado relacionadas con la ampliación de los servicios de asistencia primaria por el Ministerio de Salud. Una de ellas es el objeto de estudio de este caso.

Reforma de los servicios de asistencia primaria del Ministerio

Un cambio importante que se produjo en una etapa temprana del proceso de reforma en salud, en 1994, fue la puesta en marcha de un programa llamado *Programa de Salud Básica para Todos – PSBPT*. Fue instaurado conjuntamente con una unidad de gestión paralela a las oficinas administrativas normales del Ministerio. De la tesorería pública, el programa recibía cuantiosas asignaciones presupuestarias de fondos frescos, empleados para contratar directamente a equipos de profesionales en salud (médicos, enfermeras, comadronas, dentistas y técnicos/auxiliares de salud) bajo una nueva forma de contrato a corto plazo que no se encuadraba dentro de la ley privada, pero que hacía posible pagar salarios más altos que los de los funcionarios públicos. Esto aportaba, por primera vez, un incentivo para que profesionales de la salud buscaran empleo en áreas suburbanas y rurales pobres y mal atendidas. Un bien organizado sistema de gestión financiera y de información permitía, con transparencia y eficacia, asignar importantes presupuestos a las oficinas de salud regionales, para transferencia directa a los beneficiarios. En la práctica, este sistema obviaba la vía normal de transferencia de fondos, por la cual éstos hubieran tenido que recorrer varios niveles, pasando de la tesorería pública a los gobiernos regionales, de éstos a las oficinas de salud regionales y de allí al

beneficiario. A fin de mejorar la eficiencia en la administración de fondos, pronto se incorporaron al mismo sistema presupuestos para programas de salud verticales, como por ejemplo para inmunizaciones, para el control de infecciones respiratorias agudas, para enfermedades diarreicas, para la planificación familiar y otros.

Programa de administración compartida (PAC)

Como componente del PSBPT, a mediados de 1994 se inició un pequeño proyecto piloto para desarrollar una estrategia para dispensar servicios de asistencia de salud primaria con la participación activa de la comunidad. La meta principal consistía en poner a prueba la transferencia de recursos públicos a una entidad del sector privado, con los objetivos de mejorar la calidad del gasto así como de la asistencia, y establecer una participación de la población local que iba a ser atendida. El proyecto recibió el nombre de *Programa de administración compartida (PAC)*. Este programa representaba un importante giro en las actitudes del Gobierno hacia la participación de las comunidades. Perú puede remitirse a una larga historia de organización comunitaria a fin de asegurar su supervivencia durante años de escaso crecimiento económico y servicios gubernamentales defectuosos. Se han multiplicado las organizaciones populares para paliar la falta de apoyo público para ayudar a la gente a satisfacer sus necesidades básicas. Irónicamente, estas organizaciones han sido casi siempre miradas con cierto recelo por parte del sector público. Hacia 1993, Perú lograba, por fin, vencer su hiperinflación, el terrorismo y el aislamiento internacional. El sector salud, sin embargo, continuaba en estado de colapso, acusando falta de personal y de equipos y siendo infrautilizado. Las autoridades peruanas comenzaron a admitir que los servicios sociales no iban a avanzar sin un incremento sustancial de las ayudas y/o mecanismos nuevos para una administración eficiente. Y estaban dispuestas a realizar una prueba piloto sobre un nuevo esquema para transferir fondos públicos a una entidad privada controlada por la comunidad, destinados a la administración de los servicios de salud comunitarios. El PSBPT y el PAC fueron integrados bajo un paraguas administrativo llamado PAAG (*Programa de administración de acuerdos de gestión*). En el Anexo 4 se muestra un flujograma simplificado en el que se distinguen los flujos de las remuneraciones de personal (la porción más grande del presupuesto) para programas del PAAG frente a las de los empleados del sector público tradicional. En su calidad de programa temporal, el PAAG, administrativamente, depende directamente de la oficina del viceministro de Salud, y los fondos se reciben directamente desde el Ministerio de Economía y Finanzas.

En diciembre de 1997, tras tres años y medio, se habían constituido legalmente 548 CLAS en 26 de las 32 regiones/subregiones de salud. Estos CLAS administraban 611 dependencias periféricas, o cerca del 10% de las que existían en el país. Aproximadamente el 29% de éstas eran centros de salud, mientras que el 71% restante eran puestos de salud más pequeños. En aquella fecha, la constitución de nuevos CLAS quedó casi congelada, debido a una combinación de escasez de fondos y falta de apoyo político. Dadas las circunstancias, el equipo técnico/administrativo del PAC del nivel central hizo todo lo posible por mantener y consolidar el desarrollo de los CLAS ya existentes. Una nueva fase de ampliación comenzó en enero de 1999, cuando se incorporaron al programa PAC 700 dependencias de salud adicionales. No obstante, durante el ínterin de 1998, se preparaba una importante crisis en el seno del Ministerio, lo que hacía peligrar la propia existencia del PAC (véanse más detalles en la página 9).

Pese a la ampliación de los servicios de asistencia primaria incluso hacia lugares remotos del país, con equipos de profesionales y equipamientos físicos mejorados, muchos pobres continuaban sin asistencia por causa de costes directos o indirectos. La mayor parte de los centros exoneran a un cierto porcentaje de pacientes (generalmente entre el 10 y el 15%)

del pago de honorarios, pero todos los demás deben pagar un honorario nominal a cambio de la mayoría de los servicios. Entre las excepciones a la regla están los servicios cubiertos por los programas verticales nacionales: el control de infecciones respiratorias agudas, el control de enfermedades diarreicas, la planificación familiar, la tuberculosis y otros programas para los cuales la oficina regional de administración sanitaria (o la UTES - *Unidad Territorial de Salud*) efectuaba la compra de recursos al por mayor. Las exoneraciones se cubren mediante un suplemento de entre el 10 y el 15% sobre los costes cargados por la dependencia de salud a otros clientes. Las UTES constituyen un nivel intermedio de burocracia en cada región. Son varias las que operan dentro de cada departamento sanitario regional o subregional, dependiendo del tamaño. Tradicionalmente, vienen recogiendo el dinero que cada dependencia recaba mediante el cobro de honorarios. Este dinero se utiliza para adquirir los medios que después se distribuyen entre las diversas dependencias. Los fondos sobrantes con frecuencia se usan para la «canasta de alimentos» mensual para trabajadores de las UTES. Bajo el PAC, a las UTES ya no les corresponde este papel, ya que son los CLAS quienes compran los suministros directamente. Dado el control comunitario sobre la fijación de honorarios y las compras, los CLAS ofrecen una proporción mayor de exoneraciones u honorarios subvencionados que las dependencias no afiliadas a los CLAS en poblaciones rurales con un bajo nivel de ingresos - Quintiles I-III o estrato C y D (véase Anexo 6). Los datos de los Anexos 6 y 10 también revelan que las dependencias CLAS urbanas y las dependencias no-CLAS presentaban niveles similares de plena exoneración, aunque los CLAS estaban en condiciones de cobrar menos en conjunto, gracias a un mayor volumen de pacientes.

Cómo funciona el CLAS

Los CLAS son instituciones legales, privadas, y no lucrativas, que son administradas por una comunidad en torno a un centro o puesto de salud. Cada CLAS tiene siete miembros que forman la asamblea general. Seis son miembros de la comunidad, mientras que el séptimo es el administrador de la dependencia, generalmente el jefe médico, que participa en todas las decisiones del CLAS y completa el enfoque de gestión compartida. De entre los seis miembros comunitarios se elige un *consejo directivo* de tres miembros. Todos los miembros comunitarios trabajan sin remuneración durante un período de tres años, transcurrido el cual se eligen nuevos miembros. Los miembros pueden ser sustituidos antes de tiempo en caso de incumplimiento de responsabilidades.

Entre los representantes legales del CLAS y la Oficina de salud regional se firman dos tipos de contrato. El primero es el de administración compartida, que dota al CLAS de la infraestructura, el equipamiento, las medicinas y la planta de personal necesarios para completar el plan de salud local. Este contrato es renovable cada tres años. El segundo es un contrato de gestión para la prestación de servicios basada en el plan de salud local, con renovación anual basada en la consecución de los objetivos de salud. En virtud de este contrato, los CLAS se responsabilizan de asegurar el logro de los objetivos de salud para la población de su jurisdicción.

Las obligaciones y actividades voluntarias de los CLAS implican la colaboración con los prestatarios de servicios de salud, miembros comunitarios e instituciones y agencias ajenas a la comunidad. En la cooperación con los prestatarios de servicios, los miembros de los CLAS participan en las siguientes tareas:

- Colaborar en un diagnóstico de la salud comunitaria.
- Ayudar a fijar prioridades en salud para la comunidad.
- Revisar, aprobar y supervisar las actividades del plan de salud local.

- Aprobar el presupuesto para llevar a cabo el plan, y supervisar todos los gastos.
- Recibir fondos transferidos desde el Ministerio y depositados en una cuenta corriente comercial.
- Decidir sobre la cuantía de las tasas y determinar las exoneraciones del pago de servicios.
- Preparar cheques a cargo de la cuenta bancaria del CLAS para pagar facturas y los salarios de los trabajadores.
- Contratar y despedir al personal contratado por los CLAS.
- Supervisar la calidad de los servicios de salud, incluido el modo en que el personal trata a los pacientes.
- Supervisar la asistencia al lugar de trabajo y otras obligaciones del personal.

En el trabajo con la comunidad, los miembros del CLAS colaboran para:

- Asistir al personal de salud en las actividades de promoción dentro de la comunidad, por ejemplo, usar los altavoces para comunicar anuncios comunitarios.
- Promover la demanda de asistencia sanitaria comunicándose directamente con los miembros de la comunidad para orientarlos sobre los servicios disponibles en la dependencia de salud, y convenciéndolos para acudir allí (apelando a sus sentimientos, por ejemplo: «Vaya allí por mí, para demostrar que eres amigo mío.»).
- Servir de enlace entre los promotores de la sanidad comunitaria, personas que ejercen medicina autóctona y el establecimiento de salud.
- Servir de enlace entre otras organizaciones comunitarias y la unidad de salud.
- Asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios para los más necesitados de la comunidad.
- Estimular a la comunidad para que adquiera hábitos y estilos de vida más sanos.

En las relaciones con las instituciones y agencias externas, los CLAS tienen autoridad para:

- Firmar acuerdos con otras agencias públicas o privadas para obtener fondos adicionales para la infraestructura, medicinas, formación u otras actividades en salud, así como para otros servicios comunitarios complementarios, como sistemas de canalización y saneamiento, carreteras u otro tipo de apoyo intersectorial. De esta manera, los CLAS pueden potenciar los recursos proporcionados por el Ministerio para la puesta en práctica del plan de salud local.

El doctor Muñoz, médico jefe y administrador de CLAS para el centro de salud Tambogrande en Luciano Castillo, observó lo siguiente: «Hay dos cosas que llaman la atención y que forman parte de la base sobre la cual hemos logrado progresar. Hubo una mejora en lo relacionado con los CLAS. La primera es que desde que existe participación de la comunidad, han tomado conciencia de las necesidades de la población en materia de salud y de la necesidad de mejorar las instalaciones. Y la segunda es que el darles la posibilidad práctica de tomar decisiones ha servido para mejorar las cosas. Esto no significa que podamos prescindir del departamento subregional. Existen normas y un contrato con ellos. Le daré un ejemplo sencillo. En lo que se refiere a la compra de suministros, acostumbrábamos a seguir los procedimientos de petición del departamento de salud subregional. El departamento tenía entonces que hacer sus estudios, determinar a quién atender primero, todo dentro de unos plazos, pero no con tanta rapidez como lo podemos hacer ahora. Nuestra capacidad operativa ha mejorado. Yo diría que, sobre la base de estos dos factores, nuestro trabajo con el CLAS ha sido satisfactorio.»

Las responsabilidades del CLAS se traducen en un control social de la prestación de servicios de salud. A los CLAS se les concede el poder para contratar personal de salud u otros trabajadores para la dependencia; en consecuencia, los CLAS pueden exigir al personal que trate bien a los miembros de la comunidad y que mejoren la calidad de la asistencia. Los CLAS tienen poder para tomar decisiones sobre el uso de sus fondos (ya se trate de fondos transferidos desde la tesorería pública o de honorarios cobrados por servicios prestados). Por tanto, deberían tender a utilizar los recursos de una manera más eficiente, ya que están en mejores condiciones de determinar las necesidades y prioridades de su propia comunidad, y tienen un incentivo para obtener más a cambio de menos. Los CLAS se componen de miembros comunitarios, que son los que mejor saben cuáles son las familias más necesitadas dentro de su comunidad; por consiguiente, los CLAS también tienen capacidad para mejorar la igualdad de oportunidades en la dispensación de servicios de salud, aun cuando muchos necesiten orientación sobre este importante aspecto. En su calidad de institución local, el CLAS ayuda a asegurar la sostenibilidad de los programas de salud y de otros programas de desarrollo social en la comunidad (véase Anexo 5).

Los principales beneficios del modelo CLAS se derivan del hecho de que la comunidad se vea capacitada para ejercer un control social sobre la prestación de servicios. En sí mismo, el CLAS no representa participación comunitaria en asuntos de salud. Más bien, el CLAS actúa como un órgano que capacita y facilita la acción de la comunidad. Esta facultad, a su vez, crea un entorno favorable para que la comunidad pueda desempeñar un papel más protagonista de cara a las actividades y comportamientos de salud colectivos e individuales. Los Anexos 7a y 7b contrastan el potencial para la capacitación el autodesarrollo de la comunidad bajo los auspicios del CLAS y bajo los de la administración pública tradicional.

Crisis del Programa de administración compartida en 1998

Entre mediados y finales de 1997, el funcionariado del Ministerio de Salud de los niveles central y regionales comenzó a verse dividido entre quienes querían ver morir el PAC y los que deseaban su continuidad. Los rumores sobre problemas con el PAC habían llegado a convertirse en algo común. La evidencia acumulada de problemas hacía que la gente pusiera en entredicho la validez de todo el programa. Por otra parte, algunos funcionarios del nivel central y algunos de los empleados que trabajaban en el terreno estaban bastante entusiasmados con los CLAS. Las evaluaciones realizadas pusieron de relieve un importante grado de satisfacción comunitaria con el nuevo papel que habían asumido las comunidades: ayudar a hacer funcionar sus servicios de salud. Los datos revelaron con claridad que las dependencias de los CLAS alcanzaban una mayor cobertura de servicios que las dependencias no apoyadas por ningún CLAS. No obstante, en el Ministerio reinaba la sensación palpable de que el programa podía llegar a disolverse fácilmente.

Origen de las dudas sobre el modelo CLAS de organización para la asistencia en salud

Los principales problemas que se habían identificado en relación con el PAC crearon numerosas dudas acerca de la validez del programa, y condujeron a una disminución del apoyo político por parte de algunas instancias influyentes en la toma de decisiones. Era posible clasificar estos problemas en tres categorías: problemas en el seno del sector de salud público; problemas entre el personal profesional en salud, y problemas en los propios CLAS.

Problemas en el seno del sector

Los análisis situacionales, llevados a cabo por varias consultorías externas, revelaron que las autoridades de salud regionales y algunas autoridades del nivel central carecían de información sobre el PAC en términos de cómo éste funcionaba y de cuáles eran sus responsabilidades frente a él. La falta de un mandato claro sobre el PAC, por parte del Ministerio, era para las autoridades regionales una señal indirecta de que el PAC no era importante y podía ser pasado por alto. Al mismo tiempo, el PAC estaba concebido para funcionar desde el nivel central, obviando a las autoridades regionales al transferir los fondos directamente a las comunidades. La oficina central del PAC no tenía recursos para supervisar directamente a cada uno de los CLAS, y a las oficinas de salud regionales tampoco se les asignaba esta tarea, ni presupuesto para acometerla. Como resultado, la supervisión de algún que otro CLAS se quedaba en nada. Se permitió que los problemas específicos que se producían en algunos CLAS, y que se podían haber resuelto, se agravaran. Y éstos fueron los problemas que se acabaron por oír finalmente en Lima, suscitando muchas dudas sobre el programa PAC.

Preocupaciones entre el personal

La falta de información hacía que los médicos empleados del sector público con larga permanencia vieran amenazada su seguridad por la «privatización» de la asistencia en salud. En realidad, la ley permitía a los CLAS contratar personal adicional bajo la ley privada, mientras que el personal del sector público se dejó al margen. Este último podía incluso beneficiarse de contratos suplementarios con los CLAS, que les pagaban por ampliar sus horas de trabajo diarias. Dado que los contratos de personal de los CLAS se encuadran dentro de la ley privada, incluyen los beneficios de la Seguridad Social y del seguro de enfermedad, vacaciones pagadas y permiso por enfermedad, mientras que la mayor parte del personal de las dependencias públicas relacionadas con el PBSPT tienen contrato a corto plazo, con mucho menos de estos beneficios.

Problemas operativos en CLAS

En los primeros años, en algunos CLAS surgieron ciertos problemas debido, fundamentalmente, a tres causas principales. En primer lugar, y sobre todo, estaba la falta de familiarización del personal de salud y de los miembros del CLAS con cuestiones de gestión financiera y de personal, ya que éstas estaban relacionadas con la ley del sector privado. Cuando los problemas no se identifican y se resuelven a tiempo, con el apoyo necesario de las autoridades de salud locales, pueden llegar a enconarse y crear una mala imagen del modelo de los CLAS. Otra área problemática era la inexperiencia o falta de formación de los administradores de las dependencias (es decir, los médicos jefe) para llevar a cabo sus nuevas tareas administrativas y aprovechar a los profesionales de la salud pública para el diagnóstico y la planificación de la salud comunitaria. La mayoría de los médicos no están formados ni en cuestiones de gestión ni en salud pública. Cuando las autoridades regionales no estaban comprometidas con el CLAS, podían fácilmente posponer los problemas y dejar de prestar el apoyo necesario por vía de la formación o de la supervisión. Con frecuencia, las DISA (3) no disponían de fondos adicionales para mantener y dar el adecuado soporte a los CLAS.

(3) DISA = Dirección de salud (departamento de salud regional o subregional).

Problemas con la conceptualización de la participación comunitaria

Había problemas con la conceptualización de la participación de la comunidad por parte de las autoridades y de los trabajadores de la salud. La larga historia de participación comunitaria en Perú hacía que la gente tuviera ciertas expectativas respecto de los CLAS, las cuales no se vieron cumplidas de inmediato, lo que provocaba que desdeñaran el programa, muchas veces, en su conjunto (véanse los comentarios en Anexo 8).

Observadores externos han señalado que constituye una expectativa demasiado elevada que la mera existencia de un CLAS mejore la participación comunitaria inmediatamente. Más bien existe un mayor *potencial* para estimular esa participación y, con el tiempo, la acción responsable de la comunidad a través de la delegación en el CLAS del control de los recursos y servicios públicos. El nivel de «empowerment» logrado en una comunidad por medio del PAC depende de una constelación de factores. Entre los de mayor importancia, están:

- La medida en que se eligen democráticamente a los miembros del CLAS, de modo que salgan elegidos «verdaderos» líderes.
- Las aptitudes personales, la formación administrativa y las características de liderazgo del director de la dependencia de salud.
- La efectividad de los esfuerzos por orientar y/o motivar a la comunidad sobre las posibilidades de su participación.

Otros factores importantes son:

- La permanencia del personal de salud en una comunidad determinada.
- La consistencia del apoyo administrativo y de supervisión recibido de las oficinas regionales/subregionales o, en su caso, de las UTES.

Según el doctor Carl E. Taylor (4), experto internacional en salud comunitaria, la Administración pública de estructura tradicional arriba-abajo no estaba siendo reemplazada completamente por un nuevo concepto de administración abajo-arriba con el PAC. Más bien, ambas partes (pública y privada) tenían papeles nuevos y era importante definir estos roles claramente, ya que los problemas surgían sobre todo cuando estos temas no estaban claramente especificados. El doctor Taylor ha animado a realizar un análisis funcional de los roles en cada nivel del sector salud, análisis que podría brindar una redefinición de los papeles en todos los niveles administrativos públicos.

Diferencias entre CLAS urbanos y rurales

Se ha encontrado que los CLAS funcionan mejor en los asentamientos urbanos menos pobres, donde los clientes se pueden permitir pagar honorarios más altos por los servicios recibidos, hay menos indigentes que requieren exoneración del pago, y el más elevado nivel de educación proporciona una cantera de miembros comunitarios con aptitudes para la gestión. El mayor nivel de ingresos autogenerados para complementar las transferencias del Gobierno permite a los CLAS urbanos contratar a más personal de salud, actualizar las instalaciones físicas y comprar equipamiento y suministros médicos, de

(4) Profesor emérito de Salud Internacional de la Escuela Universitaria Johns Hopkins de Higiene y Salud Pública.

laboratorio e informáticos. Las mejoras en los resultados contables y de gestión derivan de la mejor cualificación de los miembros comunitarios que se eligen para formar parte del CLAS. Muchos de ellos son profesores de escuela u otros profesionales retirados. Todos estos factores contribuyen al creciente éxito de los CLAS. Por último, una dependencia de salud gestionada por un CLAS atrae a clientes que antes habían preferido recibir servicios en clínicas para pacientes externos, en consultas de médicos locales privados o en una farmacia comercial, donde, de forma rutinaria, se venden la mayoría de los medicamentos sin receta alguna (véase Anexo 9). Una de las críticas que se han formulado los CLAS ha sido la tendencia de algunos de ellos a crear minihospitales con servicios clínicos y de laboratorio avanzados –solicitados por la comunidad–, mientras prestan menor atención a asegurar la prevención y la promoción de los servicios dentro de la comunidad. Otros sostienen que a menudo, para salvar vidas en muchas áreas que se encuentran situadas a dos o tres horas de viaje del hospital más cercano, se necesitan medios de asistencia secundaria o terciaria con una capacidad de resolución más elevada.

Algunos CLAS han sido capaces de hacer ambas cosas. Como resultado de satisfacer la demanda comunitaria de una asistencia curativa de buena calidad, han ganado en credibilidad y han conseguido el liderazgo para desarrollar su labor en la comunidad con mayor eficacia. Además, siendo mayor el número de clientes que visitan la dependencia, son también más quienes reciben directamente servicios promocionales y de prevención de salud.

La creatividad de la población para resolver sus propios problemas tiene pocas restricciones bajo el modelo CLAS. Un buen ejemplo es el del puesto de salud de Chiclayito en Piura, en la costa septentrional de Perú, que atiende a un pueblo pobre periurbano que comenzó siendo un asentamiento de invasores informales. Por órdenes del CLAS y de la comunidad, el personal del puesto de salud imparte formación a profesores de escuela, la asociación de padres de la escuela, los niños de la escuela y voluntarios de la comunidad (que identifican y remiten casos al puesto); orientan a los pacientes sobre la admisión en el puesto y se encargan de que haya una formación continuada para el personal. El CLAS tiene mucho liderazgo y mucha fuerza para convocar a la comunidad. Se han organizado comités comunitarios para abordar cuestiones como el saneamiento del entorno, la promoción de la planificación familiar y otras. Estos comités se reúnen frecuentemente con el CLAS, informan de sus actividades a organizaciones de otras comunidades y presentan sus evaluaciones trimestrales ante la asamblea de la comunidad. El director del puesto de salud asiste a todas estas reuniones para sensibilizar a los actores sociales de otros sectores con respecto al papel que desempeñan en la consecución del objetivo común de la «comunidad con salud». El CLAS solicita y recoge las quejas y sugerencias de la comunidad, lo que refuerza aún más la identificación de ésta con el puesto de salud. La dependencia se anuncia de diversas maneras. Una de las estrategias consistió en crear y mantener el Club-CLAS para equipar a equipos de fútbol (en las categorías Infantil y femenina) para que compitieran en torneos locales. El marketing social es considerado como algo muy importante en los CLAS, y su principal estrategia consiste en la calidad de la asistencia, con posterior difusión por medio de clientes satisfechos. Los ingresos por honorarios han aumentado tanto que el puesto de salud ha construido una segunda planta, ofreciendo una amplia gama de servicios clínicos de calidad. Las dependencias de salud de zonas circundantes se quejaban de que los clientes abandonaban sus jurisdicciones para ir a buscar los servicios del puesto de salud de Chiclayito (5).

(5) Fuente: Ocaña V. y C. Gonzales, «An experience to achieve increase in coverage of health services», informe preparado por los médicos jefe y asistente jefe del puesto de salud de Chiclayito bajo el Programa de administración compartida, Chiclayito, Piura, Perú, julio de 1997.

Los CLAS rurales y sus dependencias de salud afrontan una problemática diferente. En general, la población rural es mucho más pobre y con un nivel de formación inferior al de las urbanas. El poder adquisitivo es bajo, y las exoneraciones son necesarias para un gran número de usuarios. En consecuencia, los ingresos de generación propia de las dependencias rurales son muy exigüos. Si no reciben cuantiosas transferencias del Ministerio, los CLAS rurales son incapaces de hacer las inversiones necesarias para mejorar los servicios ofrecidos (sea mediante compra de equipamiento o contratando más personal) y para mejorar y mantener la infraestructura. La dispersión de los hogares en el medio rural hace que la accesibilidad física a los servicios sea una cuestión a tener en cuenta. Algunos hogares se encuentran a varias horas de camino a pie del puesto de salud más cercano, en el que tal vez no haya asignado más que un técnico en salud para dispensar servicios con una reserva limitada de medicamentos. Con frecuencia, la accesibilidad cultural representa una barrera alta al uso de los servicios, tema en la que entran a formar parte las percepciones que la gente tiene de la severidad y curabilidad de sus enfermedades, las de los pros y contras de ir a buscar asistencia en detrimento de otras responsabilidades familiares o laborales, las de la capacidad de resolución de la dependencia y las expectativas sobre cómo serán tratados por el personal de servicios de salud. Las mujeres del medio rural, en particular, temen al personal masculino que da servicios de salud destinados para mujeres. En general, el personal de salud tiende a estar insuficientemente preparados para acercarse a las poblaciones rurales de una manera que creen confianza y abra el acceso a estos servicios. Todos estos factores compiten con la confianza que la gente ya tiene depositada en los curanderos tradicionales y en la medicina indígena. Entre los miembros de las comunidades rurales pueden también faltar las habilidades y los conocimientos necesarios para la administración de un CLAS. En el lado positivo, puede señalarse que muchas comunidades tienen sistemas de organización y liderazgo internos. Muchas de ellas han formado comités de salud, ya sea de forma espontánea, ya por medio de proyectos previos en cooperación con agencias públicas o privadas. La experiencia confirma ampliamente que los miembros comunitarios con formación (promotores de sanidad) pueden servir con éxito como enlaces entre el mundo exterior y la vida interna de una comunidad, con efectos positivos sobre el comportamiento y el desenvolvimiento de la salud.

Dadas estas condiciones, menos favorables, en combinación con una mayor necesidad de educación y asistencia de salud en áreas rurales, es necesario que el apoyo prestado a los CLAS rurales sea mayor que el que se da a los CLAS urbanos.

Cobertura, producción, satisfacción y equidad para clientes de dependencias de asistencia de salud primaria CLAS frente a los de dependencias no CLAS

Analizando los datos del PSBPT (véase Anexo 10), se observa que los CLAS presentan una concentración más alta de servicios dentro del local que las dependencias no CLAS (1,69 frente a 1,50). El PSBPT tenía un índice más alto de servicios extramuros (0,23 frente a 0,11), y ambos programas tenían tasas similares per cápita en actividades preventivas y de promoción. Las dependencias CLAS tenían una población media mayor en su jurisdicción que las del PSBPT, y, al mismo tiempo, el CLAS tenía una cobertura de servicios un 25% mayor. Estos datos demostraban que la productividad de las dependencias CLAS era significativamente mayor que las no CLAS. Un análisis de los mismos datos por estratos de según la clasificación de «pobreza departamental» dio resultados similares en todos los estratos, incluidos los más bajos.

Datos de estudios demográficos de 1997 revelaron que la gente que vivía en núcleos de población con unidades de salud administrados por un CLAS acudía más frecuentemente a éstos en busca de asistencia que a otras fuentes, como hospitales o farmacias comerciales

(véase Anexo 9). La gente que vivía en comunidades no afiliadas al CLAS prefería utilizar los hospitales o las farmacias antes que acudir al centro o puesto de salud local. Estas diferencias existían en casi todos los estratos socioeconómicos, según definición por quintiles del gasto per cápita.

Una evaluación nacional más reciente mostró que los indicadores de organización clínica, calidad de la asistencia y equidad mejoraban en las dependencias CLAS frente a las dependencias no CLAS. Los clientes del CLAS tenían tiempos de espera más cortos y disfrutaban de un mayor confort que los clientes no CLAS. En las áreas rurales más pobres, con una clasificación de pobreza C o D, el CLAS prestaba servicios gratuitos a una proporción más elevada de clientes exonerados que las dependencias no CLAS. Lo contrario se daba en las áreas rurales no pobres, clasificadas como A o B, donde eran las dependencias no CLAS las que exoneraban a un mayor porcentaje de clientes.

Argumentos del tipo CLAS: individual o agregado

Dado que la participación comunitaria y el control social son parte muy importante de la fortaleza del PAC, la elección entre crear un CLAS agregado o uno individual trae consigo varias cuestiones, las cuales se pueden reducir a si es más importante una mayor eficiencia administrativa o una mayor participación ciudadana. En realidad, la preocupación del Ministerio no se refiere al CLAS para las dependencias sanitarias urbanas. Se ha acumulado experiencia suficiente para demostrar que el CLAS es un modelo de organización muy apropiado para las dependencias de asistencia sanitaria primaria en áreas urbanas y suburbanas, donde hay miembros comunitarios suficientemente preparados para hacerse cargo de las funciones del CLAS y donde la población tiene un mayor poder adquisitivo. También, cada dependencia de salud urbana atiende a una población grande y concentrada, de modo que resulta innecesario incluir más de un centro en un CLAS. La principal inquietud es cómo desarrollar los servicios sanitarios rurales aprovechando las ventajas del modelo CLAS.

Diferencias entre el CLAS individual y el CLAS agregado

CLAS individual

Este es el esquema más simple de CLAS. Una dependencia de salud tiene un director, generalmente el médico jefe, que convoca a las organizaciones comunitarias y a los habitantes dentro de su jurisdicción para nombrar y elegir a tres miembros del CLAS, mientras que el director elige a otros tres, para obtener un total de seis miembros comunitarios del CLAS. Los fondos para la dependencia se reciben y se depositan en una cuenta corriente del CLAS. En todos los cheques para pagar al personal, comprar equipamiento, suministros, medicinas, mantenimiento, etc. se requiere la firma conjunta del director del CLAS y del tesorero (un miembro de la comunidad). La dependencia tiene un plan de salud local (PSL), que es parte del contrato con el departamento regional/ subregional de salud. La realización del PSL en la comunidad es supervisada por el CLAS. El CLAS también remite informes financieros mensuales al departamento regional/ subregional, y cada año se realizan auditorías.

CLAS agregado

En una red administrada por un único CLAS se integra más de una dependencia de salud (en el caso ideal, 5 ó 6, aunque este número puede variar considerablemente). Cada dependencia tiene un plan PSL particular. Estos se reúnen en un plan de sanidad conjunto, que

sirve como base al contrato con el departamento regional/subregional de salud. Para lograr esta integración, es posible adoptar varios enfoques distintos:

- Varias dependencias, originalmente establecidas como CLAS individuales, se juntan en un solo CLAS conjunto. Las comunidades con CLAS individual podrían tener que decidir si disolver su propio CLAS para entrar a formar parte del CLAS agregado.
- Una o dos dependencias que en un principio fueron CLAS individuales, se juntan con otras dependencias «nuevas» para crear un CLAS conjunto. También en este caso los CLAS individuales se disuelven para formar el CLAS agregado.
- Varias dependencias de salud, asociadas entre ellas en términos de accesibilidad geográfica y capacidad de resolución para referenciación de pacientes, se juntan para formar un CLAS por primera vez. La dependencia más compleja es nombrada sede del CLAS, pasando su médico a ser el director del CLAS agregado. De entre las comunidades de la jurisdicción se nombran a seis personas para la asamblea general del CLAS. Si la red comprende más de seis dependencias, algunas de ellas no tendrán representación en la asamblea general. Las dependencias sin representación pueden alternarse como miembros en la renovación, cada tres años, del consejo directivo del CLAS.

¿Cómo se puede juzgar si un centro o puesto de salud rural debería constituirse como CLAS individual o agregado? ¿Y cómo se puede presentar la elección ante las comunidades rurales de una manera equilibrada e imparcial, de modo que ellas puedan tomar la decisión sobre qué modelo de CLAS adoptar? El personal del departamento regional viene pidiendo criterios para la toma de decisiones. Tal y como señaló el doctor Leyton: «Quiero ofrecer el mismo nivel de servicios a la persona que vive en el pueblo más pequeño que a la que vive en la ciudad al lado del centro de salud. ¿Cómo puedo lograrlo?».

Los siguientes argumentos sobre estos temas se derivan de conversaciones y reuniones con funcionarios del Ministerio, en sus niveles centrales y regionales, y con la comunidad.

Argumentos a favor del CLAS agregado en áreas rurales

Mejora de los sistemas de referencia para pacientes

- Allí donde las dependencias rurales pequeñas disponen de poco o ningún personal de salud y escaso equipamiento médico o medicinas, una red de CLAS facilitará el traslado de pacientes hacia otros centros de mayor complejidad para solucionar problemas de salud más difíciles. Un coordinador del PSBPT señalaba:

«Para mí [la cuestión del CLAS agregado o individual] dependerá siempre de la capacidad resolutoria, no simplemente de la disponibilidad de fondos suficientes para realizar las actividades. Necesito un equipo de profesionales de la salud. Supongamos que asigno fondos a una dependencia y que tengo que contratar todos los recursos; de ese modo, ¿vamos a tener puestos de salud para poblaciones de 500 habitantes, con un médico, una enfermera, una partera, etc.? En un CLAS agregado, basta con conservar al técnico en salud, y en una de las dependencias tenemos a todo un equipo profesional. Es más racional. El equipo también puede ser itinerante [entre las dependencias de la red].»

Costes de arranque y de mantenimiento más bajos

- Costes más bajos para crear una entidad privada no lucrativa, en lugar de cinco o seis entidades diferentes. El coste legal medio de la constitución y la inscripción en el registro público asciende a cerca de 500 dólares por cada CLAS. Por otra parte, los servicios de orientación de la comunidad, el aseguramiento de unas elecciones democráticas de los miembros del CLAS y la formación en tareas de dirección y administración para el personal de salud y los miembros comunitarios, también generan costes en cada CLAS.
- Costes más bajos por contratar a un contable para elaborar un balance financiero al año, que elaborar cinco o seis balances anuales.
- Se podría contratar a un administrador para que desempeñe funciones administrativas para todas las dependencias englobadas dentro de un CLAS agregado, permitiendo al personal médico dedicar la mayor parte de su tiempo a prestar y promocionar los servicios de salud.

Menor necesidad de formación y supervisión

- A la dirección de salud de nivel regional le podría resultar más fácil supervisar y evaluar a un solo CLAS que a cinco o seis.
- Algunas comunidades rurales con puestos de salud podrían no disponer de miembros con formación o experiencia suficiente como para encargarse de las tareas administrativas que se requieren para el CLAS. Esta situación exige un mayor gasto en orientación, formación, visitas a otros CLAS, participación en reuniones intrarregionales, etc.

Un funcionario del Ministerio, del nivel central, hizo el siguiente comentario: «Los puestos de salud integrados en un CLAS agregado estarán en condiciones de recibir más asistencia externa del municipio y de ONG. Esto resultará también en una mayor igualdad de oportunidades, al ser la dependencia principal del CLAS la que distribuye el dinero dentro del grupo en función de las necesidades de cada dependencia».

Argumentos a favor del CLAS individual en áreas rurales

Participación y control social

- A fin de estar facultadas para actuar, las comunidades necesitan sentir que, en cierta medida, disfrutan de un derecho de propiedad sobre su propia unidad de salud.
- Una junta directiva completa, elegida por la comunidad, está más disponible físicamente para realizar visitas diarias a la dependencia con el fin de supervisar la asistencia del personal de salud, comprobar las necesidades de personal, logísticas y de mantenimiento del centro y debatir asuntos de forma oportuna, semanalmente o incluso con más frecuencia.

- Tanto el personal de salud como los miembros de la comunidad tienen un mayor interés en establecer vínculos entre el centro de salud y la comunidad, ya que el control social es más directo.
- Con el CLAS agregado, cada dependencia tiene como máximo a un único miembro comunitario formando parte del CLAS que lidera el grupo. La participación de toda la comunidad depende de esa persona que canaliza la información hacia el CLAS, con lo que se reducen las probabilidades de que los miembros de la comunidad pasen a participar activamente en actividades de salud individuales o conjuntas.
- El personal de salud de dependencias que no son parte de la sede administrativa del CLAS agregado podrían no sentirse estimulados por la comunidad para prestar servicios de mejor calidad, tratar mejor a la gente, hacer labores de acercamiento al usuario, etc.

Más gestión por parte de la comunidad

- El dinero ingresado mediante honorarios por servicios se invierte directamente en la dependencia de salud, basándose en decisiones tomadas por la junta directiva propia del centro.
- Se puede contratar a personal profesional a tiempo parcial para que dispensen servicios una o más veces por semana, siendo la asistencia supervisada por miembros de la comunidad.
- Muchos de los CLAS agregados que se han formado hasta ahora comenzaron siendo CLAS individuales. Esto explica parte del entusiasmo de los funcionarios del nivel central del Ministerio por la mayor eficacia administrativa de los CLAS conjuntos, puesto que los enlaces entre la comunidad y la dependencia ya estaban establecidos, habiendo madurado en los CLAS individuales.

En un puesto de salud rural que formaba parte lejana de un CLAS agregado, al presidente de un comité de salud comunitario le preguntaron qué tal funcionaría si el puesto fuera a formar su propio CLAS. Dio la siguiente opinión, haciendo hincapié en su propia experiencia de liderazgo:

«Ya está en marcha una administración estricta. Mire quién le está hablando. Fui delegado de gobierno. Después fui presidente de la escuela pública. Elegido tres veces. A uno se le elige o no por sus resultados. Ahora soy presidente del comité de salud y secretario del comité para el desarrollo de la comunidad. Mantengo estos puestos desde hace tiempo, y tengo que dedicarles algún tiempo y responsabilidad, y uno demuestra su sentido de la responsabilidad sobre todo en una administración muy exigente.»

Mayor igualdad de oportunidades

- Se ha demostrado que los CLAS rurales prestan los servicios de salud de una manera más equitativa a los segmentos más pobres de la población rural. La explicación es que los miembros del CLAS que viven en la comunidad saben

cuáles son las familias más necesitadas. Pueden animar a estas familias a acudir en busca de asistencia y también enviar a profesionales en salud a que les visiten en sus casas.

Los CLAS agregados existen desde principios de 1999. Todavía no han podido probarse a sí mismos con datos irrefutables que demuestren una mayor productividad, eficiencia u otras ventajas operativas sobre los CLAS individuales.

Una declaración del doctor Carl E. Taylor podría aportar otros puntos de vista sobre la decisión entre los CLAS agregados y los individuales:

«La reforma de la asistencia en salud dentro del programa CLAS en Perú plantea desafíos y complejidades especiales que no se remediarán con soluciones simplistas. Es en esta etapa que muchos otros esfuerzos llevados a cabo en el país, y que tuvieron mucho éxito en sus primeras fases, se convirtieron en decepcionantes fracasos al plantearse la necesidad de una ampliación de escala. Hasta ahora, los responsables de tomar decisiones han mostrado una gran sensatez, sopesando cuidadosamente opciones alternativas. Ahora, el punto de decisión crítico consiste en saber si la ampliación debería seguir el modelo de organización del CLAS agregado o el individual. Estas decisiones determinarán si continuará la reforma innovadora o si los servicios retrocederán para amoldarse a patrones anteriores. La sensible pregunta que subyace a todo esto es si la conveniencia para los profesionales de la salud es considerada como compatible con la comodidad y el bienestar de la gente y de las comunidades, o si ambas pueden optimizarse de una forma racional.»

Durante su vuelo nocturno de regreso a Lima, los pensamientos no cesaban de dar vueltas en la cabeza del coordinador. Tenía muchas cosas en que pensar, ya que tenía que preparar sus recomendaciones personales para presentárselas al Ministro en una reunión que se iba a celebrar en tres días. Le parecía claro que el enfoque de los CLAS para mejorar la salud comunitaria había demostrado su validez y era, hoy por hoy, principalmente un asunto de refinamiento de políticas y organización. Ahora, las cuestiones más importantes eran las que se relacionaban con las estrategias que se deberían seguir para la ampliación de los CLAS, a fin de conservar sus ventajas en la mejora de la salud comunitaria mientras se procedía a su aumento de escala a nivel nacional. ¿Debería el Ministerio animar a las dependencias de salud individuales del medio rural a desarrollar sus propias asociaciones CLAS o debía fomentar la creación de CLAS agregados, de modo que varias dependencias pasarán a estar englobadas dentro de un único gran CLAS? ¿Qué tipo de directrices deberían hacerse llegar a las autoridades de salud regionales en relación a los CLAS? □

Anexo 1

PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA Y COMITES
LOCALES DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS) EN PERU

Indicadores de salud, Perú, 1991-1996

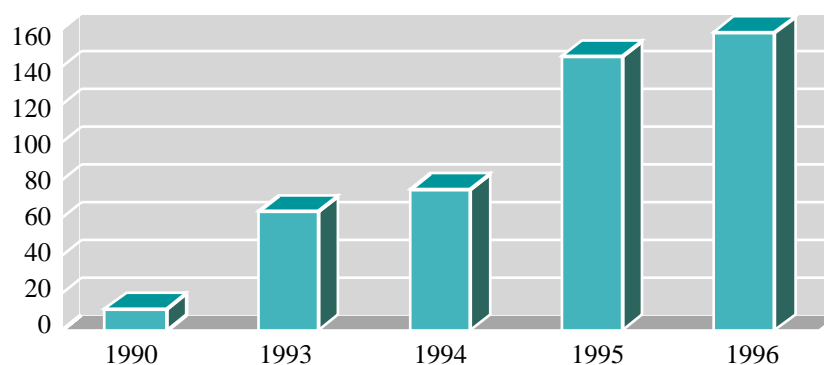
	1991 Total	1996 Total	1996 Rural	1996 Urbano
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1.000 nacimientos con vida)	60	43	62	30
Tasa de mortalidad en menores de 5 años (por cada 1.000 nacimientos con vida)	80	59	86	40
Malnutrición crónica (porcentaje de niños >5 años)	37	26	40	16
Tasa de mortalidad maternal (por cada 100.000 nacimientos con vida)	298	265	292	308 (Lima) 213 (Otros)
Indice total de fertilidad	4,0	3,5	5,5	2,8
Esperanza de vida en años	64	68		
Tasa de mortalidad posneonatal (por cada 1.000 nacimientos con vida)	29	19	28	13
Tasa de mortalidad neonatal (por cada 1.000 nacimientos con vida)	29	24	34	17

Fuente: Estudio Nacional de Demografía y Salud (ENDES), realizado en 1992 y 1997.

Anexo 2

Perú, Inversión social Per Cápita, 1990-1996

(En nuevos soles)



Fuente: Ministerio de la Presidencia. Elementos de la estrategia focalizada para la lucha contra la pobreza extrema, 1996-2000, fechado en 1996.

Anexo 3

Comparación internacional de gastos en salud (aproximadamente 1994)

	Perú	Bolivia	Brasil	Colombia	Ecuador	México	Nicaragua	Panamá
Relación salud/PIB (porcentaje)	3,7	7,1	4,6	7,4	5,3	4,2	8,6	67
Gasto per cápita en sanidad (en dólares)	80	54	163	143	78	182	37	199
Gasto per cápita en sanidad (dólares PPP)	156	194	264	477	259	311	174	457
Participación pública (porcentaje)	60	58	40	40	39	56	61	70

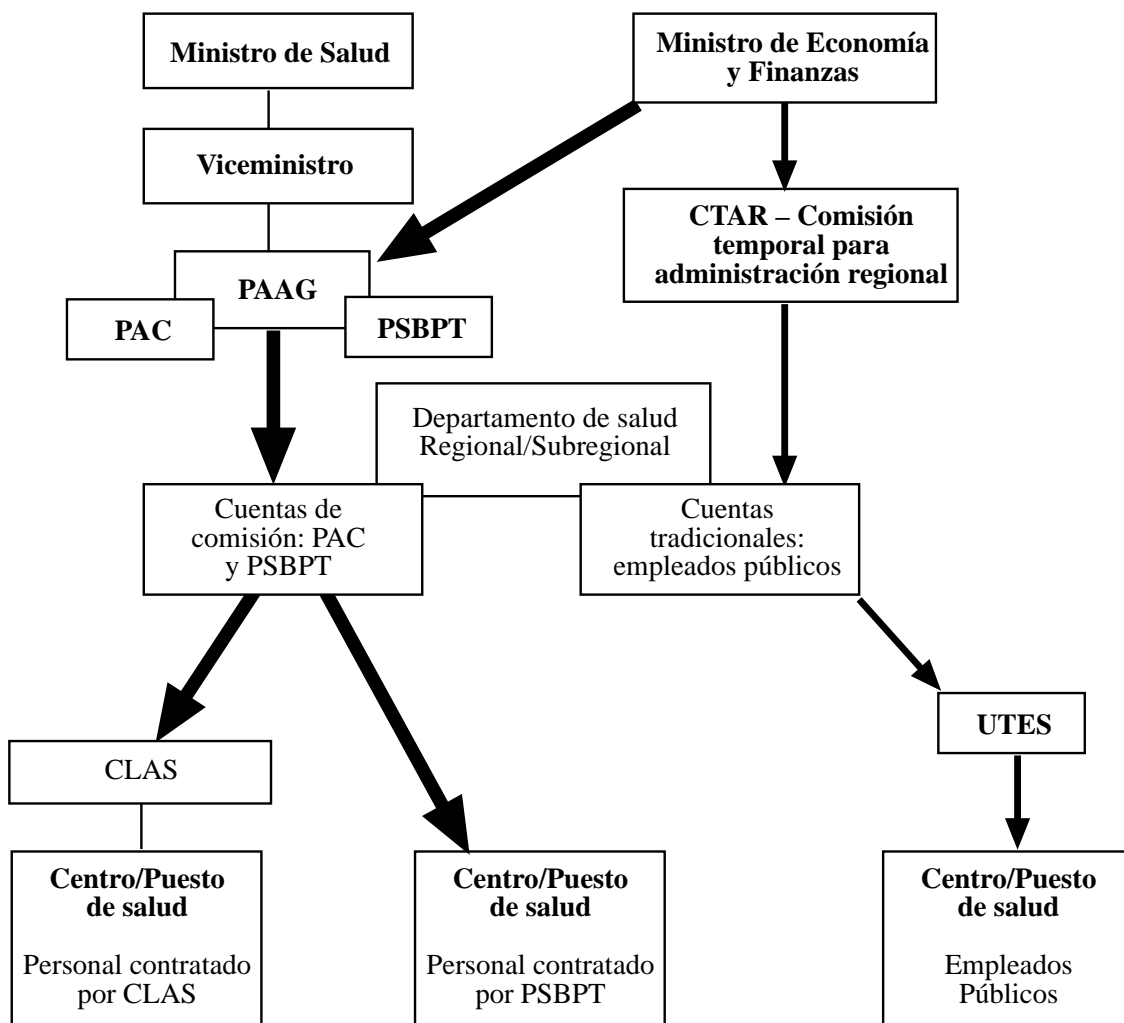
Fuente: «Perú – Mejorando la asistencia sanitaria para los pobres», informe del Banco Mundial n° 18549-PE, 1999.

Notas: Los PPP («Purchasing Power Parities») son tipos de cambio que se utilizan para convertir la moneda local a dólares teniendo en cuenta las diferencias de precios entre los países.

Anexo 4

PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA Y COMITES LOCALES DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS) EN PERU

Flujograma simplificado de los pagos al personal en tres tipos de administración del Ministerio de Salud



PAAG = Programa para la administración de acuerdos de gestión.

PAC = Programa de administración compartida.

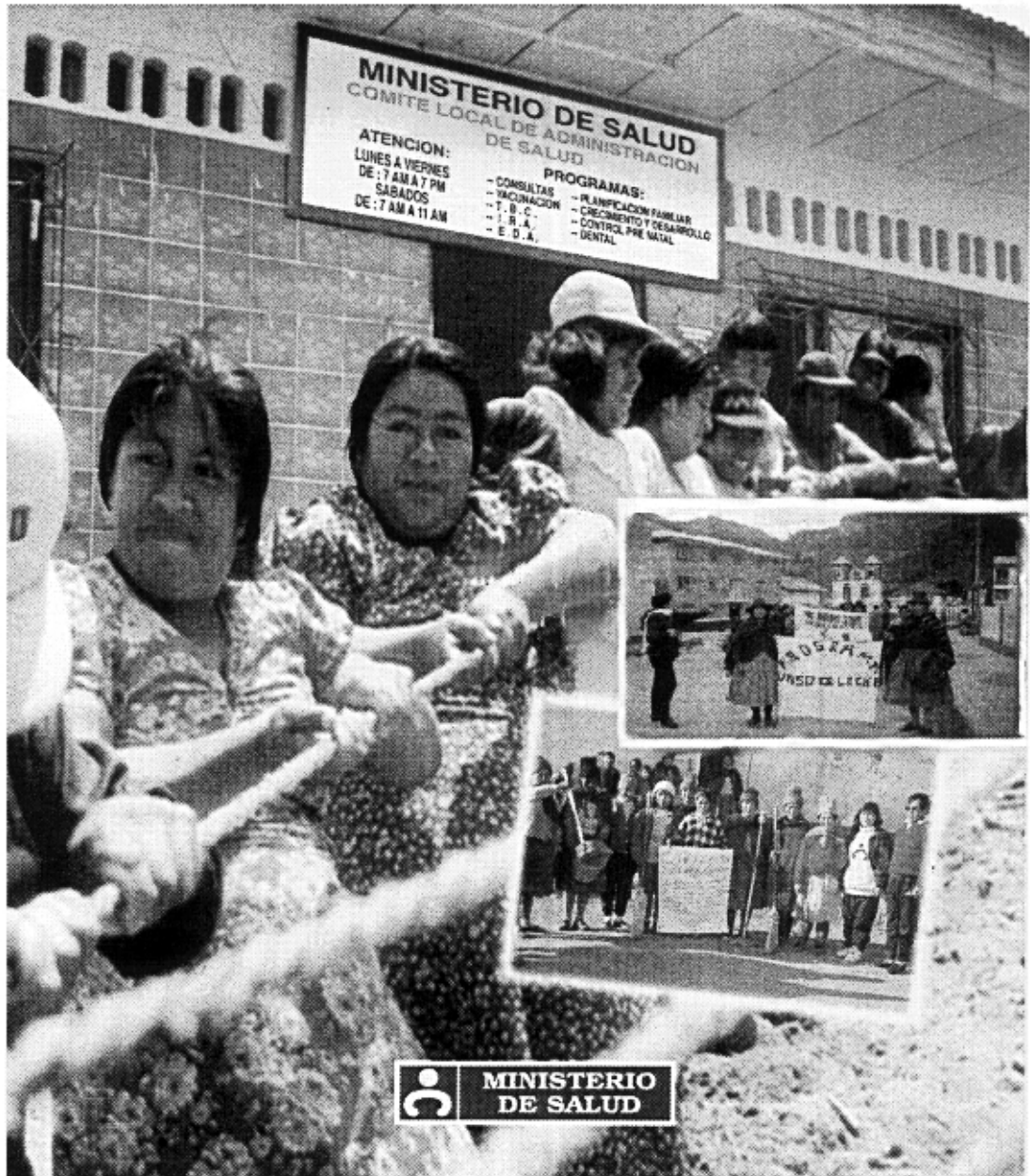
PSBPT = Programa de salud básica para todos.

UTES = Unidad territorial de salud del Ministerio.

Anexo 5

PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA Y COMITES
LOCALES DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS) EN PERU

Foto de un CLAS rural: Miembros comunitarios trabajando



Anexo 6

PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA Y COMITES
LOCALES DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS) EN PERU**Coste de consulta para personas que acuden a centros/puestos
de salud CLAS y no CLAS, por quintiles del gasto per cápita****a) Areas urbanas fuera de Lima/Callao**

	Quintil I		Quintil II		Quintil III		Quintil IV		Quintil V		TOTAL	
	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS
S/. 0 (Sin coste)	23,5	33,3	12,0	16,6	23,5	15,1	18,3	27,0	16,4	29,7	18,2	21,7
S/. 0,1 – 2,0	8,1	33,3	24,5	16,6	6,6	54,7	2,8	27,0	6,8	40,5	11,5	39,1
S/. 2,1 +	68,4	33,3	63,5	66,7	69,9	30,2	78,9	46,0	76,8	29,7	70,4	39,2
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N=	14.385	3.514	71.306	7.036	71.072	24.102	49.954	17.378	20.595	7.513	227.312	59.543

b) Areas rurales

	Quintil I		Quintil II		Quintil III		Quintil IV		Quintil V		TOTAL	
	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS
S/. 0 (Sin coste)	29,4	37,2	23,8	12,6	15,6	45,8	28,3	8,1	0	0	25,5	26,7
S/. 0,1 – 2,0	39,6	50,6	32,7	58,9	23,2	9,3	24,0	30,3	40,0	100	35,0	46,2
S/. 2,1 +	31,0	12,2	42,6	28,4	61,3	44,8	47,8	61,6	60,0	0,00	39,5	27,1
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N=	242.823	32.359	110.934	19.229	59.866	8.602	16.504	10.027	7.598	1.620	437.725	71.837

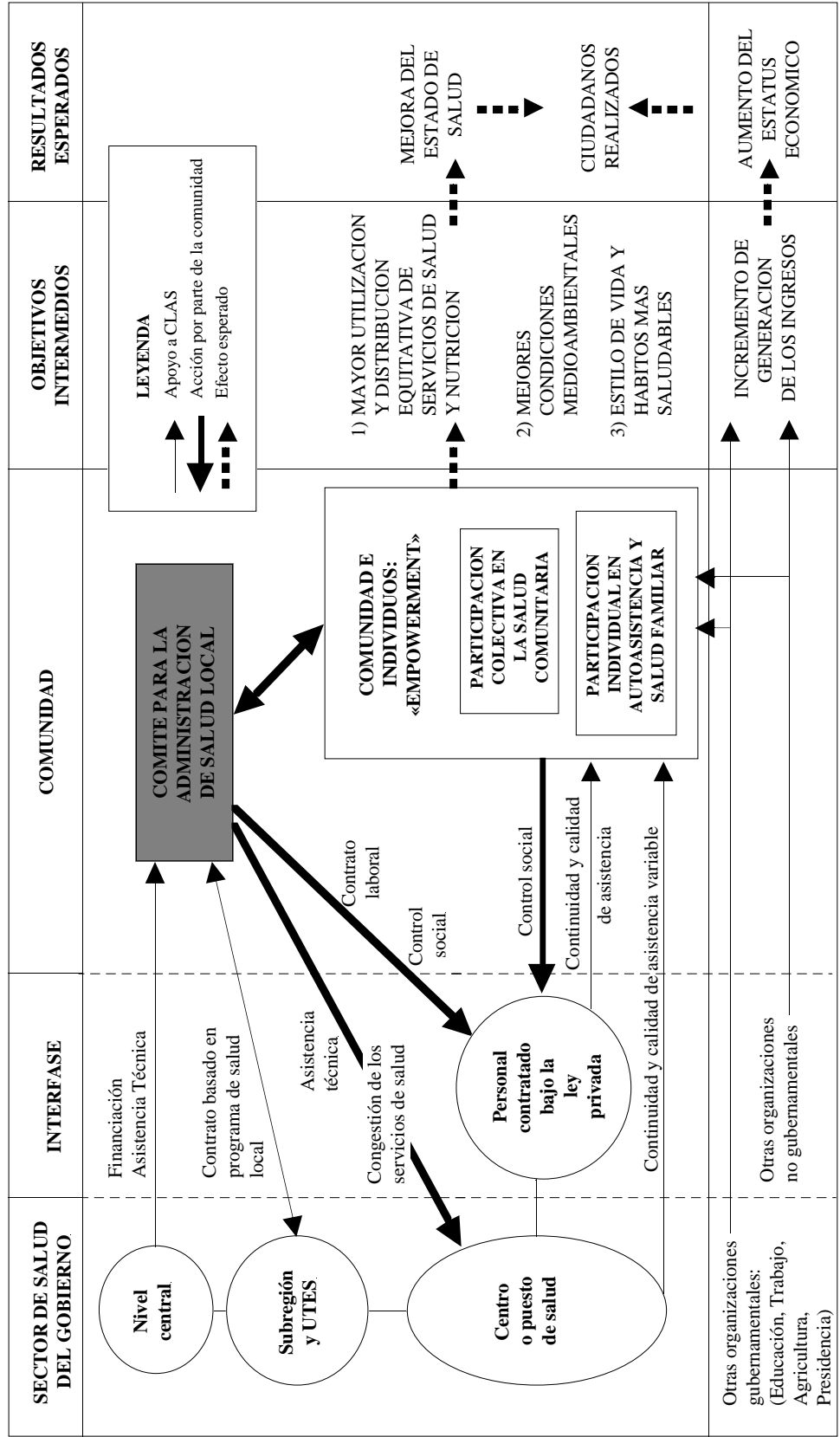
Fuente: Altobelli, L., «Reforma en salud, participación comunitaria e inclusión social: el Programa de administración compartida», UNICEF, Perú, Lima, agosto de 1998.

Datos del Estudio Nacional del Nivel de Vida (ENNIV) 1997, Instituto Cuánto, S.A.
Tipo de cambio a mediados de 1997: 1 dólar estadounidense = S/. 2,66 nuevos soles.

Anexo 7a

PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA Y COMITES LOCALES DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS) EN PERU

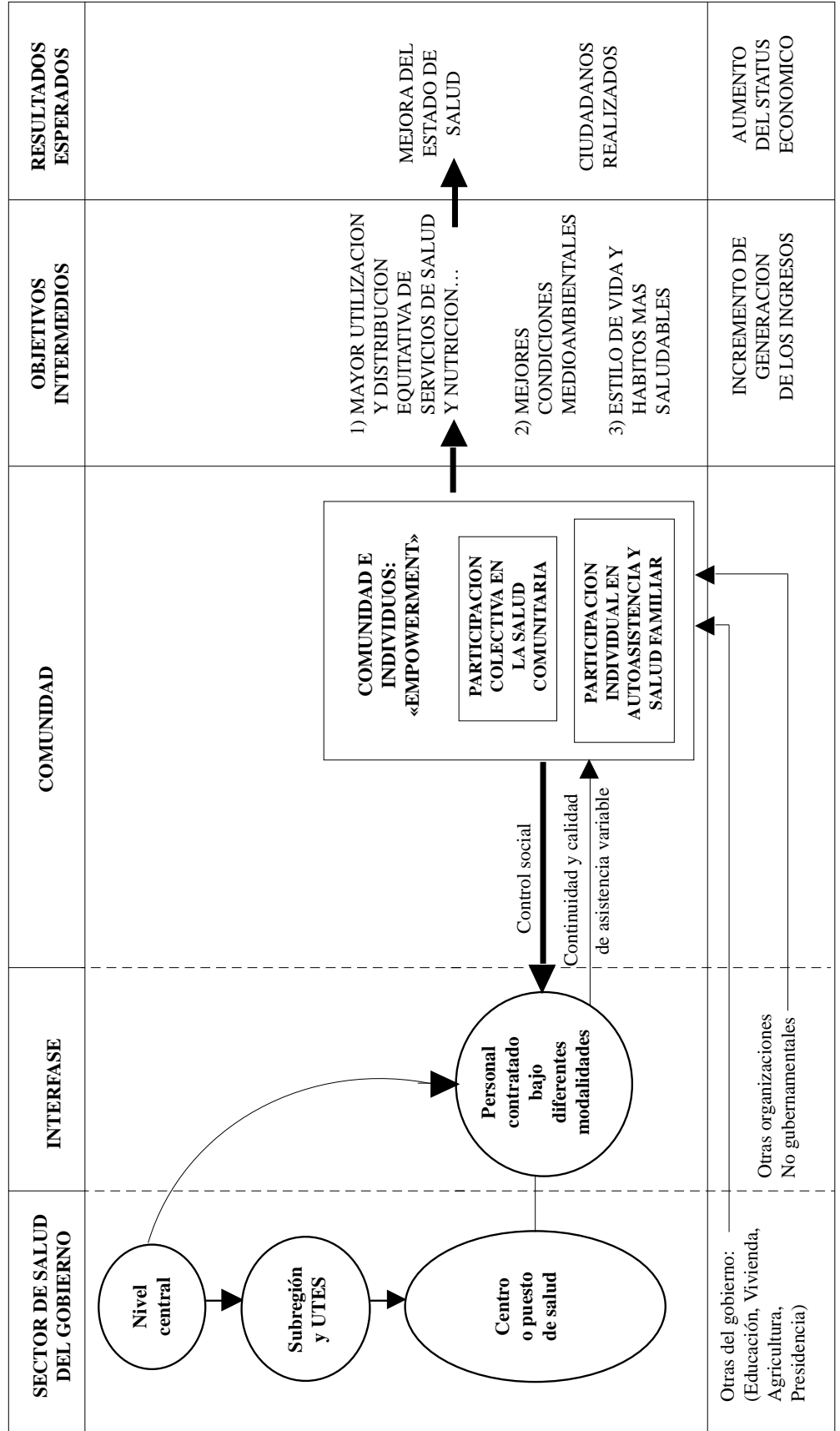
Modelo del funcionamiento del Programa de administración compartida (PAC)



Anexo 7b

PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA Y COMITES
LOCALES DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS) EN PERU

Modelo de funcionamiento de una dependencia con la administración del sector público



Anexo 8

PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA Y COMITES
LOCALES DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS) EN PERU

«La participación comunitaria rara vez ha satisfecho las expectativas de los planificadores/profesionales de la salud en el mundo. La razón de este fracaso es que la participación de la comunidad se ha concebido como un paradigma que ve en dicha participación una vara mágica para resolver problemas enraizados tanto en la sanidad como en el poder político. Por esta razón, es necesario utilizar otro paradigma diferente que considere la participación comunitaria como un proceso iterativo de aprendizaje que permite adoptar un enfoque más ecléctico.»

Fuente: Rifkin, S.B. (1996), «Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programs», *Acta Trop* 61 (2), págs. 79-92.

Anexo 9

Fuentes de asistencia entre personas que buscan asistencia en comunidades con o sin CLAS, por quintiles del gasto per cápita

a) áreas urbanas de fuera de Lima/Callao, 1997

	Quintil I		Quintil II		Quintil III		Quintil IV		Quintil V		TOTAL	
	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS
Hosp. MoH*	33,9	13,6	21,3	24,9	20,9	18,7	17,6	4,6	15,9	21,6	20,5	15,6
Hosp. IPSS*	14,5	0	20,7	19,9	23,8	20,3	34,6	31,3	22,4	37,3	25,7	25,2
Hosp. Otros*	0	0	1,8	10,1	2,0	9,9	4,9	1,0	6,1	0	3,4	5,2
Centro MdS*	16,6	29,0	24,2	25,3	18,8	27,3	12,1	28,8	7,5	19,4	15,6	27,0
Farmacia	23,4	25,2	19,5	0	19,6	0,7	19,0	19,0	11,7	6,6	17,4	7,7
Otros*	11,7	32,0	12,6	19,9	14,8	23,1	12,9	15,2	35,5	15,1	17,4	19,3
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N=	86.869	12.089	295.521	27.842	377.182	86.168	406.826	60.216	274.878	38.737	1.524.046	229.997

b) Áreas rurales

	Quintil I		Quintil II		Quintil III		Quintil IV		Quintil V		TOTAL	
	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS
Hosp. MoH	12,2	16,2	18,9	18,3	21,4	7,9	12,9	5,5	5,5	32,9	14,8	13,5
Hosp. IPSS	2,1	3,5	5,9	8,5	8,5	5,5	8,0	5,9	24,0	11,5	4,9	5,7
Hosp. Otros	0,6	0	1,5	0	0,5	5,2	3,1	0	0	0	1,1	0,9
Centro MdS	51,0	52,3	40,1	50,2	36,1	29,3	20,9	36,3	25,7	22,9	43,2	45,8
Farmacia	15,6	11,1	10,4	2,1	8,6	0	24,4	38,5	18,1	0	14,6	10,6
Otros	18,4	16,5	23,1	20,8	24,9	52,2	30,9	13,9	26,7	32,8	21,5	23,5
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
N=	475.897	61.916	276.446	38.289	165.502	29.374	79.000	27.659	29.622	7.095	1.103.165	172.310

* *MoH* = Ministerio de Salud; *IPSS* = Instituto de la Seguridad Social; *Otros hospitales* incluyen servicios de salud para las fuerzas armadas y policía, así como hospitales privados; *Centro MdS* incluye dependencias de asistencia primaria del Ministerio, centros y puestos de salud; *Otros* incluye dependencias relacionadas con la Iglesia, médicos particulares, puestos comunitarios, hogares particulares y curadores tradicionales.

Fuente: Altobelli, L. «Reforma en salud, participación comunitaria e inclusión social: el Programa de administración compartida», UNICEF, Perú, Lima, agosto de 1998.

Datos del Estudio Nacional del Nivel de Vida (ENNIV) 1997, Instituto Cuánto, S.A.

Anexo 10

PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA Y COMITES
LOCALES DE ADMINISTRACION DE SALUD (CLAS) EN PERU**Comparación de los datos de producción de servicios de salud con
y sin participación civil a través del CLAS – Perú, 1997**

	Instalaciones con CLAS*	Instalaciones en PSBPT** sin CLAS
Número de centros de salud	175 (29%)	598 (13%)
Número de puestos de salud	436 (71%)	3851 (87%)
Porcentaje distribución de instalaciones por estrato económico:		
Nivel D (extremadamente pobre)	22	38
Nivel C (pobre)	40	34
Nivel B (regular)	35	18
Nivel A (aceptable)	2	10
Número de habitantes dentro de jurisdicción de instalaciones (T)	2.652.442	11.759.002
Número medio de habitantes por instalación de salud	4.341	2.643
Número total de personas atendidas:	1.980.658	7.014.621
Porcentaje de población total que recibió servicios	74,7	59,7
Servicios internos prestados:		
Número total de servicios prestados (IN)	4.474.405	17.338.849
Tasa media de servicios por habitante (IN/T)	1,69	1,50
Servicios externos prestados:		
Número total de servicios prestados (EX)	284.252+	2.658.797
Tasa media de servicios por habitante (EX/T)	0,11+	0,23
Actividades preventivas y promocionales:		
Número total de servicios prestados (PPA)	1.880.410	8.188.078
Tasa media de servicios por habitante (PPA/T)	0,71	0,70

* CLAS = Comités para la administración local de la salud.

** PSBPT = Programa de salud básica para todos.

+ Los servicios externos en CLAS son menos de los verdaderamente prestados debido a una diferencia en los requerimientos de los reportes de información.

Fuente: Altobelli, L, «Comparative analysis of primary health care facilities with participation of civil society in Venezuela and Perú», Seminario sobre Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana, Inter-American Development Bank State and Civil Society Division, Cartagena, Colombia, marzo de 1998.

Datos: Sistema de información del Programa de salud básica para todos (PSBPT).