

VI Participación comunitaria en la salud (La experiencia peruana en los CLAS)

Citación del autor:

Altobelli, Laura C.¹ (2002) "Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS", En: J. Arroyo (Ed.) La Salud Peruana en el Siglo XXI. Retos y Propuestas de Política, Lima: CIES/DFID/Proyecto Policy. pp. 303-354.

participación \ [vocablo latino *participare*] **1:** la acción o estado de estar participando: como **a:** tomar parte en **b(1):** en asociación con otros en una relación (como socios) usualmente formal con derechos y obligaciones especificados **(2):** compartir ganancias o beneficiarse de algo **c (1):** la acción o estado de compartir una actividad con otras personas **(2):** interacción social en un grupo (como familia, club o comunidad) **2:** ACCIÓN (como una acción en una empresa)

“El desarrollo empieza con las prioridades de las personas.” **Paolo Freire**

1. Introducción

Durante los veinticinco años posteriores a la Conferencia de Alma Ata en 1978, en la que se formalizó el concepto de participación social en salud, ha habido un nutrido debate sobre la definición de “participación” y la mejor forma de promoverla. Dicho debate dio como resultado, recientemente, una aceptación generalizada de su importancia y de su inclusión en el discurso general de la salud pública. Aunque la mayoría de peruanos no lo sabe, el Perú es uno de los pocos países en el mundo que tiene un programa gubernamental de salud con participación comunitaria legalizada, regulada e institucionalizada. El Programa de Administración Compartida (PAC), formalizado en abril de 1994 por Decreto Supremo 01-94-SA, otorga responsabilidades y decisiones sobre el manejo de recursos públicos para la administración de los servicios de salud en el primer nivel de atención; es decir, en los centros y puestos de salud de 24 de las 33 regiones de salud del país. A pesar de que la participación comunitaria está ahora aceptada casi universalmente como un elemento estratégico para la atención primaria de la salud, la forma de participación establecida en el PAC es un hecho inusual en la región latinoamericana y en el mundo, ya que se hace efectiva debido a su nivel de formalidad legal. Se ha demostrado la eficacia del PAC en el mejoramiento de la calidad y equidad de los establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

En el Perú, la participación gira alrededor de una serie de disposiciones legales y requerimientos surgidos a partir de un contrato formal, firmado entre la entidad comunal, llamada la Asociación CLAS (*Comunidad Local de Administración de Salud*²), y la Dirección Regional de Salud. El contrato entre la sociedad civil y el Estado se basa en un programa de salud local (PSL), cuyo cumplimiento y administración deberá ser vigilado por la asociación civil CLAS; mientras que el gobierno (a través del sector salud) ha asumido su financiamiento (dentro de los límites presupuestales del gobierno). No obstante este gran avance en términos tanto de la participación social como en un nuevo modelo más eficiente de la gestión y financiamiento de la atención primaria de salud, todavía existe polémica al respecto.

¹ Laura C. Altobelli obtuvo la maestría y el doctorado en salud pública de la Universidad de Johns Hopkins (EE.UU.) en 1988 trabajando antes y después como investigadora, evaluadora y consultora para la salud pública en América Latina. Es profesora principal de Salud Pública de la UPCH-FASPA.

² Previamente conocido como el *Comité Local de Administración de Salud*.

Una de las razones principales por la polémica sobre las Asociaciones CLAS es que hay una expectativa entre algunas autoridades de salud a nivel central y regional que este modelo de organización de los servicios de salud automáticamente resultará en una “participación comunitaria” efectiva. No hay evidencia previa que nos podría justificar tal expectativa, ni existe una definición acordada al respecto. La generación de capacidades de la comunidad en CLAS está bajo responsabilidad del Estado, y esto se explicará el grado de participación aparte de la tradición comunitaria y de organización propia de cada comunidad donde se instala CLAS. Además, el sector salud todavía no se ha comprometido a una política clara y coherente sobre la organización, gestión y financiamiento de la atención primaria de salud, a pesar de que el Programa de Administración Compartida nos presenta un modelo para ello que hasta ahora se ha mostrado ser exitoso. Por otra parte, falta definir una política de salud comunitaria que señala la forma en que el sector salud, con el apoyo de los CLAS, debe hacer llegar información y servicios de salud preventivo y promocional a nivel individual y colectivo fuera de los establecimientos de salud, especialmente en pero no limitado a zonas de difícil acceso a los servicios de salud. La formulación de estas políticas es urgente para asignar funciones, responsabilidades y presupuestos que sustenten el apoyo del sector para fortalecer la entrega de servicios en el primer nivel de atención con la participación de la comunidad, y también para sustentar el futuro desarrollo de la salud comunitaria y la participación social al respecto.

El primer objetivo del presente artículo es despejar algunas dudas sobre el tema de la participación social en salud, identificando cuáles son los cuestionamientos principales y dónde se originan, y presentando las diferentes definiciones que han sido expuestas por los expertos mundiales en el tema. El segundo objetivo es analizar la experiencia de participación social en los CLAS, identificar los puntos críticos de la implementación del modelo CLAS y proponer políticas para su fortalecimiento. Varias de las preguntas que se pretende contestar al respecto aquí son:

A : ¿Cómo se manifiesta la participación social en la salud y por qué es deseable? ¿Facilita el trabajo del personal y del establecimiento de salud? ¿Reduce la responsabilidad del gobierno para financiar los servicios de salud? ¿Cuáles son los beneficios tangibles que se han logrado a través de la participación comunitaria en la salud?

B : ¿Es la participación comunitaria un proceso para llegar a una finalidad o es la participación una meta en sí misma?

C : ¿Es la participación comunitaria un proceso espontáneo y natural o es necesario que se la impulse? Si es lo segundo, ¿en qué forma se la debería apoyar?

D : En el caso de las Asociaciones CLAS del Perú, ¿cuál es el balance de la participación social en dichas asociaciones, en qué forma se las está apoyando?, ¿cuáles son las amenazas a la participación y las necesidades y retos actuales para fortalecerla?

Con la finalidad de contestar estas preguntas, el presente artículo está organizado en cuatro secciones. En la primera sección, se describe la heterogeneidad de cómo se ha venido entendiendo la “participación comunitaria” en el mundo y en el Perú, tanto en programas sociales en general como de salud en particular, cuáles han sido algunos de sus propósitos y cuáles son algunas de las lecciones aprendidas hasta la fecha. Esto incluye una reseña histórica de cómo se ha desarrollado el concepto de participación en América Latina y en el Perú. En la segunda parte, se analiza cómo se ha venido practicando la participación comunitaria en el Perú con la experiencia nacional en salud

a través de los CLAS, y cuáles han sido sus logros y dificultades. En la tercera sección, se concluye señalando algunos de los factores principales que requiere el modelo de CLAS para que se fortalezca la participación de la ciudadanía en la salud.

La tesis central de este artículo es que la participación social en salud tiene muchas dimensiones, siendo un factor fundamental para la vigilancia y control de los servicios de salud y, además, un elemento facilitador clave del desarrollo comunal en el contexto de la democratización. Además, todo ello depende de que el sector salud asuma sus responsabilidades para la generación de capacidades en los miembros de la comunidad para que estos sepan y puedan ejercer sus derechos en materia de la salud; y que este proceso incorpore a propósito fijo a los miembros más pobres y en especial de las mujeres de cada comunidad.

2. Definiciones de “participación social” en el desarrollo y en la salud

2.1. Participación, democracia y empoderamiento

Hay un consenso bastante avanzado y creciente en la literatura internacional con respecto a que es esencial la participación de la ciudadanía en el tema de la salud. Sin embargo, esto se manifiesta desde por lo menos dos puntos de vista muy distintos. En primer lugar, existe la opinión de que la participación es esencial para un Estado democrático y para el desarrollo sostenible de un país pobre. En cuanto a esta conceptualización, el ganador del Nóbel en Economía, Amartya Sen, asevera que la libertad de participar y tomar decisiones en forma democrática es esencial para el desarrollo. Como contraparte necesaria, el premiado afirma que es necesario avanzar en el desarrollo (y en el crecimiento de las capacidades de las personas) para que la gente tenga la libertad de participar y tomar decisiones (Sen 1999).

2.2. Participación utilitaria

La participación social también es vista como esencial para una eficiente implementación de la atención primaria de salud. Este punto de vista es favorecido por otros grupos de personas, principalmente epidemiólogos, gerentes de servicios de salud, y oficiales que establecen la política del sector salud, que por ser más pragmáticos ven a la participación como parte de un modelo utilitario. A este grupo le concierne su valor agregado en los programas de salud, así como la operativización, implementación y evaluación de la participación. Este concepto de “participación” incluye el rol de la ciudadanía en la identificación de necesidades locales, en la planificación del gasto y en la vigilancia sobre el uso de fondos públicos para asegurara la transparencia, por ende mejorando la eficiencia del gasto público. También incluye el rol de control social que la ciudadanía puede ejercer sobre la calidad de atención a través de la presión puesta sobre los proveedores de salud en la entrega de servicios de salud. Estas formas de participación son útiles cuando hay una escasez de control y supervisión de los niveles superiores del sector público, por razones de distancia o falta de transporte o de personal disponible: la comunidad juega un rol imprescindible de supervisión sobre el buen manejo financiero y de gestión de los servicios públicos.

La amplitud del concepto de “participación” se refleja, además, en la opinión de algunos que la “participación utilitaria” podría incluir los esfuerzos para utilizar los

recursos de la misma comunidad (tierra, mano de obra, o dinero) para reducir los costos de la provisión de servicios. Sobre esta última definición fue fundada la Iniciativa Bamako (descrita más abajo).

2.3. Enfoque integral: participación utilitaria para el cambio sostenible

La participación social en un enfoque integradora es una combinación de los conceptos arriba mencionados. Se ha ligado los conceptos de la democratización de la salud como un derecho y un fin en si mismo, con la idea que esto es parte del *proceso* para lograr la meta final de control social sobre los servicios de salud (Vázquez *et al*, 2002). Un enfoque todavía más integral ha sido demostrado por un banco creciente de experiencias de salud y desarrollo comunitario alrededor del mundo que están evidenciando que cuando la gente recibe apoyo para analizar su situación, seleccionar sus propias prioridades en base a datos locales, y fortalecer sus capacidades de liderazgo, son capaces de identificar soluciones creativas más adecuadas para sus necesidades y recursos, y se empoderan para implementar y mantener las soluciones en forma más sostenible (véase Taylor-Ide y Taylor, 2002).

2.4 Participación y poder

Muchos autores reconocen que “la participación trata sobre el poder” y que la participación y el acceso del público a la información tiene el “riesgo” de que, al crear poder, se podría fomentar disputas. Rifkin (1996) observó que “la participación comunitaria raramente ha logrado satisfacer las expectativas de los planificadores y profesionales de la salud alrededor del mundo. La razón de esta falla es que se ha concebido la participación comunitaria como un paradigma que considera a la participación como una varita mágica que puede resolver problemas cuyas raíces se encuentran tanto en la salud como en el poder político. Por estas razones, es necesario usar un paradigma distinto que considere a la participación como un proceso iterativo de aprendizaje.....” Se requiere expectativas más realistas hacia la participación y, a la vez, se hace necesario un reconocimiento más profundo de las relaciones de poder existentes dentro de una comunidad. Aparte de los diferentes enfoques de lo que significa “participación”, hay también distintos tipos de comunidades en las que las relaciones de poder influyen significativamente sobre las variaciones en la forma de participación comunal. En el Perú, hay por lo menos tres grandes tipos de comunidades según su nivel de complejidad o diversidad: bajas, medianas y altas. En un análisis de la experiencia del FONCODES, se ha mostrado que la estructura socio-político sencilla y piramidal de una comunidad indígena implica un tipo y una cierta potencialidad de participación que es muy distinta a aquella de una comunidad más compleja con varios grupos sociales y mayor independencia social y económica entre sus miembros (Tanaka, 2001).

La iniciación de un proyecto o programa de “participación de la comunidad” debe considerar que las luchas sobre el poder, en caso de que surjan, no son necesariamente destructivas. Se ha señalado que “el conflicto puede ser un factor esencial y creativo para el bien” (Chambers 1998). Para otros analistas, las luchas por el poder son cruciales para la viabilidad a largo plazo de las estrategias participativas (Morgan 2001). Especialmente cuando se habla de la participación en programas sociales con nuevos roles que la comunidad jamás ha tenido la oportunidad de ejercer, se requiere de un proceso a veces largo de aprendizaje, tanto de su nueva relación *vis-a-*

vis con el Estado, como del contenido técnico-administrativo del programa o proyecto. La duración de este proceso depende tanto de la resiliencia de la comunidad para aprender, como de la efectividad de los “agentes externos” que sirven de nexo entre la comunidad y el Estado. Si los oficiales y gerentes de salud anticipan y planean los mecanismos para acomodar la adecuación del balance de poderes y los posibles conflictos que pudieran surgir, el proceso sería productivo. Los temas de “organización comunal” y “resolución de conflictos” son primordiales y deben ser incluidos en las capacitaciones dirigidas a todas las personas que trabajan en concertación con la comunidad., incluyendo especialmente a los profesionales de salud,

2.4. El tema de participación en el discurso institucional a nivel internacional

La evidencia de que la “participación social” está incorporada en el discurso institucional sobre el desarrollo se encuentra en el hecho de que el Banco Mundial, el Banco Interamericano del Desarrollo, el sistema de las Naciones Unidas (pe. UNDP, UNICEF, OMS/OPS) y las agencias bilaterales, tales como CE, CIDA, COSUDE, DFID, GTZ y USAID, entre otras, han adoptado el concepto. Cada agencia lo define en una forma ligeramente distinta. El Banco Mundial (2000) presenta el “empoderamiento” de la población como uno de tres pilares de la estrategia para reducir la pobreza, junto con las oportunidades y la seguridad. DFID (2000) propone a la “participación” como uno de los tres principios transversales para una estrategia de desarrollo dentro de una perspectiva de derechos, siendo los otros inclusión y cumplimiento de obligaciones (por parte del Estado y de los otros encargados). Su principio de participación promueve el derecho de participación de las personas y de acceso a la información relacionada con el proceso de la toma de decisiones que afecten sus vidas. Se considera que las personas tienen derecho a la educación y a la salud, a un bienestar adecuado (que incluya alimentación, agua y vivienda), y a condiciones favorables para el trabajo y la seguridad. Se entiende participación tanto como participación en la comunidad como en los proyectos de desarrollo. La visión de la participación como un derecho está basada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Se propone que “la participación es básica para permitir a las personas reclamar todos sus derechos[...] El desafío principal es asegurarse de que [...] el proceso de toma de decisiones potencie a los pobres y no sólo a las élites locales” (DFID 2000).

3. Inicios de la participación popular en general en América Latina

No siempre hubo claridad sobre los conceptos, ni sobre las formas, de participación social en los sistemas de salud. Una reseña de sus orígenes en América Latina esclarece algunas de las razones por las cuales hay imprecisiones sobre este concepto por parte de muchas personas hoy en día. Se puede identificar tres grandes períodos históricos de la “participación social” y su subcomponente de “participación social en la salud” en América Latina. Los dos primeros han sido analizados por Ugalde (1985) en un artículo clásico en el que documentó cómo se llegaron a tener conceptos distorsionados sobre lo que era la participación social en los programas de desarrollo rural y peri-urbano en América Latina. El tercer y más reciente periodo, en contraste, se distingue por el desarrollo y clarificación de las variaciones en la conceptualización de la participación social, así como por un creciente banco de

“lecciones aprendidas” de las diferentes experiencias y iniciativas en participación comunitaria en la salud en América Latina y el mundo.

3.1. Primer periodo: la participación como instrumento de cambio cultural y económico de los campesinos en América Latina

El primer periodo a que nos referimos es el de las décadas previas a 1970, durante las cuales se continuó la larga tradición de acción colectiva en mingas, ayllus y otras formas autóctonas de participación, que permitían a la población enfrentar la dura vida agrícola en zonas rurales. Hacia las décadas de 1950 y 1960, se iniciaron los gremios de campesinos en las Américas, con la historia mostrando que los gobiernos no apoyaban estas organizaciones (Ugalde, 1985). En esa época, después de la II Guerra Mundial, los programas con financiamiento externo para estimular el desarrollo socio-económico en los países del tercer mundo fueron diseñados pensando en los éxitos de la recuperación post-guerra en Europa y Japón, que se beneficiaron enormemente del apoyo para la rápida industrialización (o reindustrialización) de sus países. Los esfuerzos para industrializar América Latina no tuvieron el mismo resultado, considerándose que los valores tradicionales de los campesinos era uno de los factores principales del fracaso de los programas. “Las décadas de 1950 y 1960 fueron dominadas [...] por retratos del campesino como envuelto en una ‘cultura de pobreza’” (Landsberger, 1979). Se concluyó que se requería de una “modernización” de valores culturales para cambiar las sociedades tradicionales.

Se inició el diseño de la reforma agraria y del desarrollo rural integral, pero pronto se hizo evidente que su costo iba a ser demasiado alto: se tenía que diseñar estrategias más simplificadas y de menor costo para las reformas, incluyendo estrategias de “participación comunitaria”. Es decir, el costo fue menor para el gobierno cuando los beneficiarios de los programas contribuyó con una parte de la inversión, a través de mano de obra gratuita y de otros tipos de ayuda. Al final, una evaluación de los programas de desarrollo rural con “participación comunitaria” proveyó evidencia con respecto a que la participación creaba una mayor explotación de los pobres al extraer la mano de obra gratuita, y contribuía a la privación cultural de los pobres y a la violencia política por la remoción de líderes naturales y las organizaciones de base autóctonas (Ugalde 1985).

3.2. Segundo período: inicios de la participación comunitaria en la salud

Las experiencias con la participación comunitaria en la salud empezaron en la década de los años 60. Entre ellas, son bien conocidas las del *Proyecto de Salud Comunitaria de la Universidad del Valle* en Cali, Colombia, el *Proyecto Chimaltenango* en Guatemala, y el *proyecto país de la medicina social comunitaria* en Cuba. Panamá tuvo el primer *Programa Nacional de Participación Comunitaria en Salud* en 1969, con la formación de un comité de salud en cada comunidad que estableció prioridades y soluciones a problemas. Hubo mucho entusiasmo al comienzo, pero las demandas de las comunidades, al ser multisectoriales, no podían ser respondidas por el sector salud. Al final, los comités de salud volvieron a cumplir funciones administrativas en los establecimientos de salud olvidando su función como nexo entre el establecimiento de salud y la comunidad.

Según evaluaciones de programas de salud con participación social en la década de los años 70 , en Colombia (Bruges 1975), México (Lopez-Acuña 1980), Brasil (Somarriba 1980), Honduras (Martin 1981), Bolivia (Crandon 1983), Republica Dominicana (LeBow et al 1983), Costa Rica (Jaramillo 1983), Guatemala (Paul y Demarest 1984), Panamá (Tuñón sf) y Perú (Muller 1979); ningún país tuvo éxito en el área de la participación comunitaria. La excepción fue Cuba, que la tuvo legalizada y reglamentada (Ugalde 1985). Las razones de los fracasos variaron según cada situación, pero mayormente estuvieron relacionadas con la falta de capacidad de respuesta de las autoridades a las necesidades identificadas por la comunidad o con la continuación de las actitudes del personal de salud que impedía una participación verdadera en la toma de decisiones, en la programación de actividades y en la evaluación. Otras razones incluían el reemplazo de los sistemas sociales tradicionales por la introducción de nuevas formas externas de organización comunal como los comités de salud. En fin, se concluyó que los expertos en salud pública y antropología médica mantuvieron algunas presunciones falsas con respecto a la promoción de la participación comunitaria en salud.. El primer supuesto erróneo fue que los valores tradicionales de los pobres eran el principal impedimento al mejoramiento de la salud, y el segundo, la idea de que las poblaciones tradicionales no podían organizarse (Ugalde 1985). David Werner,³ sobre la base de visitas a casi 40 programas de salud en América Latina, escribió:

Se ha dicho a menudo, en el trabajo comunitario de salud, que las modificaciones que requieren cambios de actitud o en la forma tradicional de hacer las cosas son aquellas que son logradas más lentamente y que requieren más tiempo y paciencia. Usualmente, tales aseveraciones son hechas en referencia a los campesinos o aquellos con menor nivel educativo; pero, como pueden atestar muchos pioneros de las alternativas de la atención de la salud, frecuentemente las actitudes y métodos tradicionales más difíciles de cambiar no son los de los campesinos, sino los de los profesionales. (Werner 1980)

Alma Ata. Mientras varios países experimentaron con la participación comunitaria en la salud, la Organización Mundial de la Salud bajo el liderazgo del Dr. Halfden Mahler, y con el apoyo de los Drs. Carl E. Taylor y David Tejada de Rivero, formalizó a nivel internacional la atención primaria de salud (APS), a través de la famosa Declaración de Alma Ata, consensuada en una conferencia internacional en la ciudad del mismo nombre en Kazakhstan, Rusia (OMS, 1978). La participación de la comunidad fue uno de los tres principios básicos o pilares de la estrategia de la APS, los otros dos siendo la infraestructura de servicios periféricos cercana a la población, y cooperación intersectorial.

Debemos entender la Declaración de Alma Ata como uno de los hitos mayores para la salud pública en el siglo XX. Hasta ese momento, la tendencia de los países pobres había sido replicar el sistema de salud de los países industrializados con sus grandes hospitales, tecnología avanzada y médicos especializados. A partir de Alma Ata, hubo un nuevo enfoque sobre las necesidades básicas de salud y sobre la prevención de enfermedades en lugar de la atención recuperativa centrada en hospitales. Fue una estrategia nueva de desarrollo integral de las comunidades para fines de salud y desarrollo, que contemplaba, además, los principios de equidad, inclusión de los pobres, prevención, promoción y, sobre todo, participación social. Las causas de los principales

³ Autor con Bill Bowers de los libros *Donde no hay doctor (1972)*, y *Aprendiendo a promover la salud (1984)*.

riesgos a la salud requería que el concepto de la APS se extienda más allá del sector salud para incorporar “todos los sectores y aspectos de desarrollo nacional y comunitario” y “exigiendo los esfuerzos coordinados de todos esos factores.” La importancia de la APS descansa en el hecho que el 80 por ciento de los problemas de salud se puede prevenir y/o resolver en el primer nivel de atención.

El éxito de la propuesta para la estrategia APS fue evidenciado por la firma de la Declaración por 100 países en el lapso de un año. Los componentes mínimos de la APS según la definición de la OMS/Alma Ata están listados en el siguiente cuadro:

Cuadro 1: Componentes mínimos de atención primaria de salud en la Declaración de Alma Ata --1978

<ul style="list-style-type: none">--Educación a la población sobre los problemas de salud y su prevención y control–Seguridad alimentaria y adecuada nutrición–Agua y saneamiento básico–Salud materno-infantil incluyendo planificación familiar–Inmunización–Prevención y control de enfermedades endémicas locales–Tratamiento adecuado de enfermedades comunes y accidentes–Provisión de medicinas esenciales–Medicina tradicional
--

*Fuente: Declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria de Salud, 1978.

Un año después de la Declaración de Alma Ata, algunos grupos de académicos y expertos empezaron a analizar a la APS comprensiva con todos sus componentes y la vieron como una estrategia muy cara para muchos países, considerando las inversiones necesarias para implementar todos los componentes en zonas donde se había realizado poca inversión hasta el momento. Se publicó en el 1979 un artículo que criticaba a la APS en ese sentido y se ofreció una contrapropuesta para aplicar cuatro intervenciones específicas con el fin de reducir la mortalidad infantil (Walsh y Warren 1979). Se argumentaron que las cuatro intervenciones escogidas, incluyendo el monitoreo de crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones, fueron las más costo-efectivas y que los países deberían enfocar sus escasos recursos en estos programas para lograr las metas vinculadas con la reducción de la mortalidad infantil.⁴ Esta propuesta desató una polémica internacional entre aquellas personas a favor de la APS comprensiva con enfoque de “salud integral”, en su sentido de desarrollo comunal, y aquellas a favor de la contrapropuesta de la APS “selectiva”. Llamando a un encuentro entre los dos campos de batalla, Taylor and Jolly (1988) explicaron que el documento original de Alma Ata no requería explícitamente que todos los componentes estén incluidos en la APS, sino que, refiriéndose a la Declaración original: “El programa nacional [...] podría empezar sólo con un número limitado de componentes de atención primaria de salud, con el proviso de que los otros componentes sean agregados con el tiempo. El aspecto esencial es que debería extenderse progresivamente, tanto en cobertura geográfica como en contenido, hasta que cubra a toda la población y a todos sus componentes esenciales.” (OMS 1978: p. 74).

⁴ Se refiere a la estrategia con las siglas inglesas GOBI (Growth Monitoring, Oral Rehydration Therapy, Breastfeeding, Immunizations).

Al final, muchos países optaron por la estrategia acortada de APS selectiva, debido a las siguientes razones: primero, la capacidad gerencial y operativa de los sistemas de salud de ese entonces (décadas de 1970 y 1980) era muy débil y la APS selectiva se presentó como una estrategia más factible de ejecutar. La atención primaria de salud era nueva y no existían los recursos humanos ni la infraestructura física instalada suficientes para atender a las comunidades con un programa integral. Segundo, los presupuestos nacionales en salud estaban muy ligados a los servicios hospitalarios y hubo poca posibilidad de desviar los escasos recursos al primer nivel de atención, para costear una estrategia integral. Tercero, la APS selectiva fue apoyada por las agencias internacionales de apoyo técnico-financiero, en especial la UNICEF y las bilaterales.

La APS selectiva claramente fue la estrategia utilizada por el Perú a través del Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas y del Programa Nacional de Inmunizaciones, implementados desde 1979. Cada programa tuvo sistemas centralizados de planificación, adquisiciones, información, capacitación, supervisión y evaluación. Si bien cada programa vertical tuvo su partida presupuestal para “participación comunitaria”, en la realidad no era posible un rol integral de la comunidad. Por ende, esta partida fue implementada en forma fragmentada y vertical⁵, lejos del concepto de Alma Ata para la participación comunitaria en el desarrollo integral de salud de la comunidad.

Agentes comunitarios de salud. La capacitación de agentes comunitarios fue implementada ampliamente en el Perú tanto por el sector salud como por muchas organizaciones no-gubernamentales (ONGs) en el Perú, iniciándose estas experiencias en el país en la década de 1940. La sostenibilidad lograda en estas experiencias fue mayor en términos de organización comunal que en la de participación comunal en salud, ya que, por la complejidad del tema, requería que los agentes comunitarios de salud recibieran apoyo continuo de capacitación, supervisión y monitoreo y el respaldo de un establecimiento de salud para la referencia de casos. Además, no hubo incentivos de trabajo para los agentes comunales, que terminaban en altas tasas de deserción (Enge *et al*, 1984).

Cabe mencionar que nunca hubo una política nacional del sector salud que planteara el rol de los agentes comunitarios de salud y las formas en que el sector debía responsabilizarse para la capacitación, supervisión y evaluación de ellos. Los logros del sector salud en temas de salud comunitaria fueron alcanzados básicamente por los proyectos de financiamiento externo, que poco llegaron a insertarse en el quehacer de los funcionarios públicos de salud por la falta de una política clara sobre los roles del personal de salud con respecto a la comunidad y a los agentes comunitarios. Por ende, los programas con agentes comunitarios de salud nunca llegaron a ser sostenibles.

Se consideraba que el trabajo de los agentes comunitarios representaba la “participación de la comunidad” en la salud, por falta de otro componente de

⁵ Por ejemplo, el Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas auspició los UROs comunales (Unidades de Rehidratación Oral), en la casa de un promotor voluntario de la comunidad. Estos UROs tenían la función de proveer solución de rehidratación oral a los niños con diarrea, y derivarlos a un hospital si el caso lo ameritaba. La participación social se manifestó en la contribución de la mano de obra gratuita por el voluntario y, por ende, no era realmente sostenible, sobre todo porque faltaban incentivos como la capacitación y supervisión continua del sector salud.

participación. Sin embargo, es cierto que los agentes comunitarios cumplían con los principios de la APS: *equidad* por extender servicios a poblaciones aisladas; *intersectorialidad* por trabajar con agentes comunales de otros sectores y con proveedores indígenas, incluyendo tareas consideradas fuera del sector salud como agua y saneamiento; *involucramiento con la comunidad* por sus nexos con la comunidad por su selección y “accountability”; *prevención* por la definición de sus tareas; y *tecnología apropiada* porque los agentes comunitarios vienen de las comunidades donde trabajan y podían ser rápidamente y localmente capacitados (Walt, 1990).

Colombia tuvo un programa nacional de promotores de salud iniciado en 1969 que mantuvo a 5,000 promotores con uniforme, un salario mensual equivalente a un sueldo mínimo, pensión y todos los derechos afines. El 90% de sus promotores trabajaron en comunidades rurales con un rol principal de medicina preventiva a través de visitas domiciliarias por seis horas al día, y dos horas al día en tareas administrativas. Hubo poca deserción: los promotores recibieron tres a cuatro meses de capacitación inicial, una capacitación continua que fue muy importante, y una supervisión y apoyo continuo (que ocurrió en forma regular, pero no era adecuada, porque los supervisores no sabían bien como realizarla). En balance, los promotores en Colombia sirvieron un rol de mucha importancia para la extensión de cobertura en zonas rurales y aisladas, aún cuando la infraestructura sanitaria con personal profesional fue expandiendo más cercana a esas zonas (Walt, 1990).

3.3. Tercer período: nuevas formas estructuradas de participación social

3.3.1. Participación comunitaria para el financiamiento de los servicios de salud – Iniciativa Bamako

Después de una década de experiencia con la APS, se dio cuenta de que los sistemas administrativo-financiero-logístico de los Ministerios de Salud del tercer mundo tenían mucha de la culpa del lento avance de las coberturas e impactos en la salud de la población a través de la APS. La Iniciativa Bamako, impulsada por la UNICEF en el África, en la década de 1980, para dar una estructura más sólida al concepto de APS, fue presentada como una estrategia gerencial para ayudar a resolver muchos de los problemas experimentados por los países comprometidos. Una descripción de la Iniciativa Bamako, publicada en un documento de la Organización Mundial de la Salud, es la siguiente:

La meta de la Iniciativa Bamako es la accesibilidad universal a la APS. El logro de esta meta estaría fortalecido a través de una descentralización sustantiva de la toma de decisión en la salud a nivel distrital, el manejo a nivel comunitario de la APS, el financiamiento por usuarios bajo control comunitario, y una política nacional de medicamentos realista y de provisión de medicamentos básicos y esenciales, que resultan en la auto-sostenibilidad de la APS con énfasis en la promoción de la salud de madres y niños. (OMS 1988)

Una lectura cuidadosa del párrafo anterior sugiere un escenario que tiene mucha similitud con el Programa de Administración Compartida en el Perú.

La Iniciativa Bamako tenía un componente importante de “financiamiento por usuarios” que fue propuesto inicialmente por el Banco Mundial como un componente

de un paquete de medidas para resolver el problema de financiamiento del sector salud en muchos países, que podría abrir camino eventualmente a otras opciones como seguros de salud (Banco Mundial 1987). El “financiamiento por usuarios” fue descrito como una forma de “participación comunitaria” en el sistema de salud. El cobro al usuario por servicios resolvió en gran parte el problema de falta de financiamiento del sector público (McPake et al 1993). La justificación de financiar los servicios públicos por los usuarios se basó en la observación de que la población pobre no utilizó los servicios públicos gratuitos porque prefirió pagar por servicios de mayor calidad del sector privado o porque no se consiguió ninguna atención para su salud. Con la Iniciativa Bamako, se concluyó que se podía financiar la mejora en la calidad de atención de los servicios públicos a través del cobro por los servicios y que, al final, esto permitiría fijar tarifas por servicios a un costo menor que el del sector privado. De esa forma, se lograría que la población empiece a utilizar los servicios públicos de salud para finalmente aumentar coberturas.

La idea del “financiamiento por usuarios” de la APS fue muy bien recibida por los gobiernos, probablemente porque los exoneraba en gran parte de la responsabilidad financiera para los servicios de APS que generalmente serían utilizados por la población pobre. Entre las advertencias de Ugalde en su análisis de la participación comunitaria, su conclusión básica fue que “el grado de éxito de cualquier forma de participación comunitaria está correlacionado en forma inversa al grado de estratificación social de la sociedad [...] más estratificada es la sociedad, menos deseable es la promoción de programas nacionales de participación dirigidos a extraer recursos (en mano de obra, en especie o en dinero) de los pobres.” (Ugalde 1985).

Esta aseveración nos obliga a hacer una pausa, considerando que el Perú ha sido calificado como uno de los países menos equitativos en el mundo, hecho que se refleja en el grado diferenciado de desnutrición crónica infantil (Wagstaff y Watanabe 2001). Además, como se describirá más adelante, los CLAS en el Perú han sufrido por la impresión equivocada manejada por muchas autoridades de salud de mando medio, que los ingresos propios de los CLAS pueden sustituir los presupuestos asignados del tesoro público para los servicios en el primer nivel de atención en salud. No debemos entender la participación comunitaria como una fuente de financiamiento para reemplazar los presupuestos públicos en salud, especialmente en zonas de pobreza. Al mismo tiempo, habría que reconocer que la habilidad otorgada a los CLAS para administrar el uso de sus ingresos propios (en lugar de tener que depositarlos en la cuenta de la Dirección Regional de Salud) ha sido uno de los instrumentos principales para el mejoramiento de la calidad y por ende la reactivación de los servicios de salud, que de otra forma hubieran quedado crónicamente sub-suministrados, sub-equipados, y sub-utilizados en una situación de un Estado en bancarota. Hoy en día, por razones de justicia y equidad distributiva, las zonas más pobres del país son aquellas que deben ser financiadas a un nivel mayor por el Estado, con la comunidad efectuando un rol de vigilancia sobre ese financiamiento.

3.3.2. Participación comunitaria para la vigilancia y control social de los servicios de salud

Una evaluación de los programas de atención primaria en salud en América Latina concluyó que la APS puede funcionar perfectamente bien *sin* la participación de la comunidad (Ugalde 1985). Sin embargo, la participación es especialmente deseable

en ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando un alto grado de vigilancia y control social es necesario para fortalecer la transparencia y para atenuar un sistema público de alguna manera corrupto, o cuando el sistema gubernamental demuestra poca capacidad para gestionar adecuadamente los servicios. Pocos podrían dudar de que la participación de la comunidad en el control social de los servicios de salud en el Perú para vigilar la transparencia y el buen uso de recursos públicos es esencial y beneficiosa para asegurar la entrega de servicios a la población más necesitada. La vigilancia ciudadana sería aún más necesaria en cuanto se avance con los procesos de descentralización que significarían menor control central y mayor necesidad de control de las bases sobre el buen uso de recursos públicos (Díaz, 2002).

3.3.3. Participación social en la planificación

Para el desarrollo de la APS, es necesario que cada comunidad identifique sus prioridades con el fin de seleccionar las intervenciones y tecnologías más apropiadas, dentro de los límites de recursos presupuestales, para poder mejorar la situación de salud. El éxito de ello depende de un diagnóstico adecuado de problemas, de la priorización de los problemas más importantes en cada grupo poblacional, de la selección de las intervenciones más costo-efectivas, y del eficiente manejo gerencial de los servicios. Si no se involucran a las comunidades en este proceso, es posible que los programas y servicios que se entreguen no son los más necesarios, con el resultado del uso ineficiente de escasos recursos.

3.3.4. Participación social en el cambio de conducta sanitaria y la prevención de enfermedades

Hace mucho tiempo, se advirtió que, “La gestión más eficiente de los servicios de salud es solamente un aspecto del problema. Es igualmente importante movilizar las comunidades e individuos para tomar un rol más activo en la promoción de salud [...] en lugar de depender pasivamente de un sistema gubernamental.”(Evans et al 1980). La promoción de la salud y el cambio de “conductas de riesgo” de individuos, familias, y comunidades para la prevención de enfermedad es una envergadura compleja que recién esta siendo tomado en cuenta en el Perú con la creación de la Dirección de Promoción en el Ministerio de Salud. El enfoque de la promoción de la salud debería estar en la “estructura de estilos de vida”, que incorpora la interacción entre patrones de conducta individual, conducta colectiva, conducta organizacional, y el nivel de recursos en la familia y comunidad (Rutten, 1995).

El tema de la participación social en este contexto es una componente integral de los primeros dos: conducta individual y colectiva, con énfasis inicial sobre la investigación adecuada de las constelaciones de conducta que aumenta el riesgo de salud. Se ha demostrado ampliamente en programas comunitarios de promoción que los cambios de conducta logrados son más sostenibles si es que la misma población realice el análisis propio al inicio en una forma de auto-descubrimiento. Varias metodologías para tal finalidad han sido desarrolladas para estimular la participación dinámica de la gente en la planificación y el cambio de conducta para el desarrollo sostenible. Estas metodologías incluyen SEED – Self Evaluation for Effective Decision-making (Taylor-Ide and Taylor, 2002), SARAR – Self-esteem / Asociative / Reflexive / Action planning / Responsibility, PRA--Participatory Rural Appraisal, PLA--Planning, Learning, and Action, and UNICEF’s Assessment, Analysis, and Action (Triple A). Todos estas

metodologías se basan filosóficamente sobre el trabajo de Paolo Freire (1970, 1974) quien nos enseñó que el desarrollo debe empezar con las prioridades de las personas, no importa que tan insignificante estas puedan ser para los expertos y planificadores profesionales.

3.3.5. *Importancia de la equidad de género para la participación social en salud y desarrollo*

La importancia de la participación de la mujer en las actividades de salud y desarrollo ha sido demostrado ampliamente, especialmente en relación a la salud reproductiva e infantil, pero además en programas de desarrollo comunal como de agua y saneamiento, e incluyendo su participación en los servicios de salud a través de los CLAS. La razón principal, entre otras, es que *las mujeres son las usuarias principales de los servicios*. Ellas son responsables por: la reproducción de hijos sanos, la preparación de comida, la alimentación y crianza de los niños, la búsqueda de atención para miembros de la familia cuando están enfermos, la higiene del hogar, la obtención, almacenamiento, desinfección y uso de agua potable, y otros factores que influyen en la salud del hogar y la comunidad. Entre muchos problemas que impiden la participación de la mujer en la salud y desarrollo son: el machismo tradicional (incluyendo celos y la sobre-protección de la mujer), alcoholismo y violencia doméstica, bajos niveles educativos de la mujer y la baja auto-estima inherente, y la falta de experiencia de la mujer en la toma de decisión. Por ende, podría ser un reto grande, pero necesario, estimular la participación de la mujer.

La experiencia de campo muestra que existan factores externos a la comunidad que pueden bloquear la participación de las mujeres. Entre estos factores son la falta de sensibilización al tema de género por parte de los profesionales que trabajan con comunidades, y su preferencia para trabajar con hombres. Frecuentemente se planifican proyectos sin considerar la participación de la mujer en ellos. La promoción de la participación de la mujer involucra intervenciones en tres niveles: (i) sensibilización al tema de género de los profesionales, organizaciones, e instituciones externas a las comunidades que trabajan con las comunidades; (ii) incorporación de la participación de mujeres dentro del diseño de las actividades con indicadores para monitorear {p.e. el porcentaje de miembros del CLAS o de la JASS que son mujeres}; y (iii) incorporación del tema de género dentro de la implementación del proyecto o actividad {p.e. talleres con miembros de la comunidad para sensibilizarlos sobre auto-estima, violencia doméstica y alcoholismo, valoración de la cultura local y de la familia, y otros afines}.

4. Experiencias recientes de participación

4.1. Experiencias recientes de participación social en la salud y el desarrollo

FONCODES. El Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo fue establecido en 1991 como una agencia temporal, autónoma y descentralizada que financiaba más de \$2.3 mil millones en más de 33,000 pequeños proyectos. Fue fundado con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de los más pobres, generar empleo, atender las necesidades básicas en salud, nutrición, saneamiento y educación, y promover la participación de los pobres en la administración de su propio desarrollo. Los pequeños proyectos fueron identificados y desarrollados por la comunidad en

cooperación con ONGs, gobiernos locales y el Poder Ejecutivo. Las inversiones se relacionaron mayormente con agua y saneamiento, rehabilitación de la infraestructura existente, caminos e irrigación, educación primaria, reforestación, puentes, red secundaria de electrificación y actividades productivas. Los núcleos ejecutores, compuestos por miembros de la comunidad especialmente organizados para los fines del proyecto, tienen una responsabilidad considerable en la selección, planificación y ejecución del proyecto desde una temprana etapa del proceso de éste. Las evaluaciones de la participación de la comunidad en los proyectos de FONCODES tienen las siguientes conclusiones (Ortiz de Zevallos 2001):

- a. La participación de la comunidad tuvo el efecto de incrementar la probabilidad de éxito del proyecto y la magnitud de dicho efecto dependió de:
 - o El mayor nivel de desarrollo de la comunidad [mejor efecto en comunidades más desarrolladas].
 - o El mayor nivel de capital humano [mejor efecto en poblaciones con más años de educación básica completada].
 - o El mayor nivel de capacitación dada a la comunidad.
 - o El menor tamaño de la población [por ser menos complicado en su nivel de organización y mayor la tendencia a la cohesión natural entre la población].
- b. Proyectos de salud y de agua y saneamiento fueron entre los que tuvieron menores probabilidades de éxito con respecto a otro tipo de proyectos más pequeños y sencillos.
- c. La sostenibilidad no fue uno de los efectos probados de la participación por la forma en que se llevó a cabo el proyecto.

En resumen, la participación de la comunidad no se sumó a las condiciones que aseguraban el éxito de un proyecto de FONCODES cuando la comunidad era muy pobre, aislada o presentaba una población con bajos niveles educativos y quechuahablante. Se puede especular que las razones de tal resultado se basan en las necesidades no satisfechas de generar capacidades en la población, proceso que toma más paciencia y tiempo que el programado en la estrategia de FONCODES.

Proyecto APRISABAC. El *Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico de Cajamarca* fue implementado entre 1992 y 1999, en la región de Cajamarca, financiado por la Embajada de Holanda y COSUDE. Fue uno de los proyectos que más ha contribuido conceptualmente al desarrollo de una política nacional del sector salud en cuanto a la participación comunitaria. Con el objetivo de mejorar la salud de la población y su acceso a los servicios de salud, la estrategia principal de APRISABAC fue apoyar el desarrollo comunal, ayudándolas a organizar sistemas de salud comunitaria con participación social organizada. El desarrollo comunitario fue implementado en base a estructuras preexistentes, como los promotores de salud, parteras tradicionales, y asociaciones de promotores, y fue tomando forma en un proceso de inducción respondiendo a las sugerencias, deseos, y procesos tradicionalmente utilizado por las comunidades. El proyecto desarrolló de forma creativa una serie de mecanismos que ayudaron a la comunidad a organizarse y dirigir sus esfuerzos hacia fines que ellos mismos preestablecieron. Este proceso empezó con la conformación de un Equipo Comunal de Salud (ECOS), compuesto por el promotor y la partera capacitada, los miembros de la Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS), las autoridades comunales, el/la profesor(a) de la escuela y los representantes de organizaciones de base como el Comité de Vaso de Leche. El ECOS recibió capacitación y asesoría para realizar un “Análisis Comunal de Salud” (ACOS),

siguiendo una esquema de reconocimiento de la situación de salud y desarrollo de la comunidad, un análisis de problemas, identificación de posibles soluciones y selección de prioridades. Este proceso dio origen a planes y proyectos pequeños que fueron llevando a “Ferias de Salud” en donde confluyeron una serie de instituciones financieras y comunidades. Llegaron a firmar convenios de financiamiento de los pequeños proyectos quienes valor oscilaba entre US\$500 y \$1500. Se crearon nexos entre los ECOS y el municipio para que éste canalizara el financiamiento y la supervisión de los pequeños proyectos. El tema de agua y saneamiento fue el punto de entrada en las comunidades rurales de la zona. La capacitación brindada a las JASS muchas veces fue el núcleo de organización y participación comunitaria.

Reconociendo que no bastaba trabajar solamente al lado de la demanda, el Proyecto APRISABAC también apoyó el fortalecimiento del modelo de gestión del sistema de salud para ofrecer en forma más apropiada los servicios y llegar a un adecuado punto de encuentro entre la demanda y la oferta. La sostenibilidad de las intervenciones del proyecto en el modelo de gestión para las redes de servicios de salud y la participación comunitaria fue fortalecida por la Resolución Regional Sectorial (N° 227-99-CTAR-CAJ/DRS-DSP), que aprobó el Reglamento de Participación Comunitaria, el Reglamento de Reconocimiento de Agentes Comunales de Salud, y la Directiva para la Certificación de Agentes Comunales de Salud en la DISA Cajamarca (APRISABAC, 1999; Nino, 2000; Altobelli y Castillo, 2001).

Proyecto ENLACE. El programa de atención primaria de salud con promotores comunitarios modelo en el Perú, y en el mundo entero, es el Proyecto ENLACE (CARE, 2001) en la zona andina de Otuzco-Julcán del Departamento de La Libertad, que en nuestra opinión merece la atención de las autoridades nacionales de salud. El programa ha sistematizado el trabajo comunitario con visitas domiciliarias programadas a hogares de alto riesgo y con mujeres gestantes y niños menores de un año para un sistema de vigilancia comunal de salud (SIVICS)⁶. También se ha desarrollado un sistema de organización legalizada de los promotores que se forman en comités (COPROMSA) a nivel de puestos de salud y asociaciones (APROMSA) a nivel de centros de salud compuestas por los presidentes de cada COPROMSA. Con el sector salud se ha desarrollado sistemas de capacitación, supervisión, e información; y a nivel comunitario se ha desarrollado sistemas de evacuación de emergencias obstétricas, planes de parto, actividades de IEC comunal, y otros herramientas para la salud comunal. El punto clave de este sistema es que funciona en una zona de establecimientos de salud administrados por CLAS. La sostenibilidad de los promotores es más asegurada por los convenios tripartitos establecidos entre los comités y asociaciones de promotores, el CLAS, y el municipio distrital.

Sector Educación. La Resolución Ministerial N° 708-2000-ED, publicada el 23 de noviembre de 2000, aprobó normas para la participación de los padres de familia en el control de la asistencia y puntualidad del personal docente y administrativo de los Centros Educativos ubicados en zonas rurales. Esta resolución empodera a los padres para que vigilen a los profesores en áreas rurales

⁶ En 1999, la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud financió la preparación de videos sobre el Sistema de Vigilancia Comunal de Salud del Proyecto Enlace, para su difusión mayor en el país.

Otras iniciativas recientes del gobierno peruano para promover la participación ciudadana:

- Se estableció un sistema de concertación social y movilización intersectorial con participación ciudadana, con *Mesas para la Lucha contra la Pobreza*, que reunían a una serie de actores de la ciudadanía (miembros de iglesias, asociaciones de empleadores, ONGs y gobiernos locales, así como representantes de los sectores públicos); hasta la fecha, se han organizado e iniciado mesas en 118 provincias y 44 distritos.
- En febrero de 2001, se constituyó un grupo de trabajo con representantes de la Defensoría del Pueblo, del Ministerio de Economía y Finanzas y del BancoMundial. Este grupo desarrolló una propuesta para un Sistema de Vigilancia Social (SIVISO) de los programas críticos para el desarrollo social y este sistema ya ha sido piloteado en algunas regiones.
- Se aprobó una ley que permitía el acceso libre del público a la información financiera del sector público, publicada en un sitio web.
- Se estableció un sistema de “score card” que permitirá que el público evalúe los servicios gubernamentales.

4.2. Experiencias recientes de la región de América Latina en la participación ciudadana en la administración de los servicios de salud

Las lecciones aprendidas de la participación social en salud en el ámbito regional latinoamericano giran alrededor de la forma en que el control social, a través de la vigilancia ciudadana, da como resultado el mejoramiento de la calidad de los servicios y la calidad del gasto, que a su vez promueven la utilización de los servicios, al reducir el costo unitario y al darle mayor eficiencia al gasto público. Cada una de las experiencias presentadas en esta sección tiene un marco organizacional y financiero distinto, con el elemento común de la vigilancia y control social sobre los servicios públicos.

Venezuela. Dentro de la reforma descentralizada del sector salud en 1990, el Estado de Lara creó una institución pública, FundaSalud, para canalizar fondos a ONGs elegibles (más de 600) bajo contrato para administrar servicios de salud, incluyendo 60 centros ambulatorios de salud, varios hospitales, programas de distribución de leche, y otros. La mayoría de ONGs participantes son comités de salud legalmente constituidos como “asociaciones civiles” o “asociaciones de vecinos” (operan mayormente en zonas rurales desde la década de 1970). Ellos administran recursos públicos y vigilan la calidad y eficiencia de la atención. Una evaluación que comparó centros ambulatorios de FundaSalud con otros administrados en forma tradicional mostró una mejor percepción de los clientes hacia la calidad de servicios médicos (enfermería, dental, laboratorio y de emergencia); una significativamente más alta calificación de la operación de los establecimientos; y una también notable demanda creciente de los servicios, que resultó en menores costos por cliente. Los resultados expuestos en el cuadro 1 muestran la relación existente entre costo y eficiencia al interior de este modelo.

Cuadro 2: Participación ciudadana y costo-eficiencia en FundaSalud - Venezuela

VENEZUELA	6 centros ambulatorios con participación ciudadana	6 centros ambulatorios sin participación ciudadana
Promedio costo mensual	2,928,832 Bs.	2,336,833 Bs.
Promedio número de pacientes mensual	1,730	423
Promedio costo por paciente	1,693 Bs.	5,524 Bs.

Fuente: Datos adaptados de C. Mascareño (1997). Bs.= bolívares

Una de las diferencias entre FundaSalud y el Programa de Administración Compartida (PAC) en el Perú se encuentra en la formación de la asociación civil, que en el Perú está formada bajo un reglamento específico, mientras que en Venezuela existen varias formas de organizaciones, incluyendo ONGs preexistentes o comités vecinales. Otra diferencia es que la administración de varios tipos de servicios públicos corre por cuenta de ONGs, a través de FundaSalud, mientras que el PAC trabaja con un solo tipo de servicio público: los establecimientos del primer nivel de atención.

Colombia. Desde la reforma de salud de 1993, todos los colombianos están obligados a seleccionar una “entidad promotora de salud” (EPS) privada que administre las pólizas pre-pagadas de sus afiliados. Para 12 millones de personas que no pueden comprar una póliza del seguro, los beneficiarios calificados seleccionan un “administrador del régimen subsidiado” (ARS) privado que funciona como una EPS reembolsada por el Estado. La población más pobre participa en una versión extendida de ARS llamada “empresa solidaria de salud” (ESS) que tiene dos peculiaridades: (1) son de *propiedad* de los beneficiarios subsidiados y (2) funcionan en zonas donde otros ARS no quieren entrar. Las ESS se inician a través de un proceso multi-etapa que incluye orientación a la comunidad, capacitación en salud y en administración de negocios y conversión de grupos autoseleccionados comunitarios en cooperativas privadas de salud que contratan con el gobierno y subcontratan a proveedores públicos o privados. Este último régimen subsidiado funciona gracias a la importante inversión del Estado en el proceso de generación de capacidades de la comunidad, implementado por ONGs bajo contrato con éste. Las Empresas Solidarias de Salud (ESS) tienen cuatro etapas de implementación:

- (i) Despertar el interés de los municipios en participar, orientando recursos municipales de cofinanciación.
- (ii) Promover la vinculación de las familias al proceso, mediante su convocatoria por organizaciones sociales existentes.
- (iii) Capacitar en gestión sanitaria a los representantes de las familias. Cada grupo de 20 familias debe elegir un representante con poder jurídico.
- (iv) Capacitar a los representantes de los grupos de familias en gestión empresarial.

Para ii al iv, el Ministerio de Salud contrató a 37 instituciones, mayormente ONGs. Hay muchas semejanzas entre el CLAS del Perú y el régimen subsidiado de ESS en el sistema colombiano. Una de las diferencias estriba en que la ESS tiene más opciones para contratar servicios, mientras los CLAS trabajan solamente con el establecimiento público para prestar servicios. Otra diferencia importante es la prioridad que el sector público de salud de Colombia brinda a la generación de capacidades en las cooperativas comunitarias, mientras que el Perú recién está empezando a priorizar la generación de capacidades en los miembros de los CLAS.

Cuadro 3: Participación ciudadana y coberturas en el régimen subsidiado - Colombia

COLOMBIA - Acceso Rural	Empresas Solidarias de Salud (ESS)**	Otros ARS*
Tiene su propio red de atención primaria	95.0%	63.5%
Contrato con hospitales públicos	95.0%	87.3%
Contrato con clínicas privadas	51.6%	46.8%
Cobertura rural con sus propios equipos de personal	60.0%	9.5%

* ARS – Administrador de Régimen Subsidiado

** ESS – Es una forma de ARS de propiedad de la comunidad.

Fuente: Reunirse, Cider, Universidad de Los Andes. En: F. Pérez Calle (1998).

Brasil. La pequeña municipalidad pesquera y agrícola de Icapuí, en el noreste de Brasil, implementó una experiencia de tipo SILOS⁷ en participación comunitaria, en la cual el municipio maneja los establecimientos de salud, los proveedores son contratados por el gobierno y la población no paga la atención recibida. La comunidad contribuye a la planificación y evaluación de los servicios de salud a través de cabildos abiertos y asambleas comunales. Últimamente, algunos estados brasileños están transfiriendo la administración de los grandes hospitales a organizaciones sociales, compuestas por funcionarios públicos, representantes del sistema judicial, ONGs y directores de administración pública. Se espera que la co-gestión de los servicios de salud más complejos y costosos aumente su producción, reduzca sus costos, y mejore la relación entre el personal de salud y sus clientes.

En cada una de estas experiencias, hay diferencias en estructura y función pero la característica en común es la participación o involucramiento de la comunidad en el control social de los establecimientos de salud, lo que logra resultados en la eficiencia, calidad y equidad de los servicios.

La experiencia nacional de participación popular de Bolivia, a continuación, ha intentado involucrar a la población en todos los sectores, con resultados mixtos hasta el momento:

Bolivia. Desde que se aprobó la Ley de Participación Popular en 1994, los gobiernos municipales tienen un rol mayor en el desarrollo local. La ley exige que las comunidades participen conjuntamente con los municipios en la definición de necesidades, proyectos y políticas que se desplazan en Planes Municipales de Desarrollo (PMD) de cinco años y Planes Operativos Anuales (POA). El gobierno central transfiere fondos en base a un monto per cápita y se espera que los municipios soliciten fondos de otras fuentes nacionales y internacionales. Todavía el proceso de planificación participativa no funciona plenamente: un estudio mostró que aproximadamente el 15% de la población participa en reuniones municipales, la mayoría de ellos hombres acaudalados. La participación en el desarrollo del presupuesto o POA alcanzó solamente el 8% en el 2000, bajando desde el 11.8% que había alcanzado en 1998 (Seligson, 2000). Las debilidades principales han sido identificadas como la baja capacidad técnica de los gobiernos municipales para llevar a cabo los procesos participativos, especialmente en las zonas rurales y marginadas, y el hecho de que tanto los municipios como los ciudadanos no entienden bien los roles y deberes de los diferentes niveles del Estado, la sociedad y el sector privado en los programas de desarrollo. Asimismo, las

⁷ SILOS es un Sistema Local de Salud, una estrategia promovida por la Organización Panamericana de la Salud e implementada en el Perú con el nombre de los ZONADIS al comienzo de la década de 1990.

organizaciones de la sociedad civil (Organizaciones Territoriales de Base y Comités de Vigilancia) requieren mayor orientación sobre las leyes y sus roles, y mayor capacidad para identificar y articular sus necesidades; a veces existe desconfianza entre gobierno y sociedad civil, lo que dificulta el trabajo conjunto. Existe, además, una alta rotación de alcaldes y el consiguiente personal designado sin la necesaria transferencia de información a los nuevos equipos.

4.3 Una experiencia en la India: Asociaciones para el Desarrollo de la Mujer

El caso presentado a continuación tiene por finalidad mostrar el ideal al que se debería aspirar para lograr una participación y desarrollo integral en salud física y mental de la población.

En la India, se dio un proceso creciente de participación comunitaria. Dos jóvenes médicos con vocación para las labores sociales, trabajaban en un hospital rural cercano a la comunidad de Jamkhed. No obstante su trabajo, hubo poco impacto en la salud de la población. La mortalidad infantil continuaba elevándose, se presentaban más casos de enfermedades prevenibles y las embarazadas acudían tarde para dar a luz. Esto les hizo cuestionar el enfoque médico de atender la salud basado en el hospital. Ellas decidieron realizar programas preventivos de salud fundando un proyecto e internándose en el lugar. Contactaron a la autoridad local de Jamkhed, quien esperaba construir un hospital, por lo que no fue impresionado con la propuesta de las médicas. Como no había otra oferta de ayuda para esa población, decidieron asignarles un espacio en el local de un dispensario veterinario para abrir su “consultorio”. Pronto tuvieron que operar de emergencia a una mujer por ruptura uterina. Así, la gente fue reconociéndolas y ellas hicieron contacto con gente en otros pueblos. Usaron los servicios recuperativos como punto de entrada para hablar de prevención de enfermedades. La población relacionó las indicaciones preventivas con otras necesidades: “para lavarse las manos se necesita agua y ¿usted sabe cuánto cuesta el jabón?” Se consideró redefinir el alcance del trabajo. El proyecto identificó una ONG que trabajaba en sistemas de agua potable y obtuvieron una subvención para instalar uno en el área. Asimismo, obtuvieron el apoyo del gobierno local. Se empezó a organizar a la comunidad realizando juegos de voley con equipos procedentes de distintas comunidades. Estos grupos fueron luego organizados en “clubes de campesinos”, para los cuales se organizaron seminarios sobre agricultura, medicina veterinaria y otros. Luego, estos clubes y el personal del proyecto condujeron un levantamiento de información de salud en las comunidades. Con los resultados del estudio comunitario, entendieron que el problema era la falta de comida y de cuidado preventivo. Los clubes solicitaron que las mujeres del pueblo fueran adiestradas como promotoras de salud de la comunidad, ya que las otras mujeres confiarían más en ellas que en los profesionales que hablaban un lenguaje complicado. En una estructura social dividida por la política, la casta y la religión, estas mujeres llegaron a constituir asociaciones para su desarrollo donde discutían acerca de la necesidad de medicinas, comida, libros y uniformes escolares. Este proceso de progresiva expansión duró aproximadamente diez años y se concentró en distintos enfoques de empoderamiento comunitario (Arole y Arole, 2002).

Los elementos claves del proceso de participación en este caso fueron:

- (i) Un acercamiento a la población por parte del personal de salud que tenía una vocación de servicio, paciencia y buena voluntad.

- (ii) Un proceso de capacitación a la comunidad, basado en aspectos de prevención de enfermedades y no sólo en los procesos de recuperación.
- (iii) La gestión de apoyo multisectorial (servicios de agua y saneamiento en este caso), para satisfacer las necesidades básicas identificadas por la población.
- (iv) La organización de la comunidad alrededor de actividades de diversión (club de voley) para luego llegar con más educación sanitaria y otros temas de interés de la comunidad (temas agropecuarios).
- (v) La incorporación de mujeres como agentes de cambio, capacitándolas como promotoras comunales a solicitud de la comunidad.

5. La experiencia de participación comunitaria en los CLAS en el Perú

Las Asociaciones CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud) representan un ejemplo concreto de lo que se puede llamar “participación comunitaria”, “participación popular”, “participación social” o “involucramiento de la comunidad”. Las diferentes definiciones de participación social o comunitaria han generado algunas fricciones para el Programa de Administración Compartida. Los últimos años han sido testigos de una variedad de críticas al programa de parte de algunas autoridades que opinaban que el CLAS no representa la participación comunitaria porque no logra satisfacer sus expectativas. Con razón, pues no hay un acuerdo nacional sobre el tema: ni siquiera a nivel internacional hay una definición única u operativa de lo que es la participación social porque esta se manifiesta en muchas diferentes formas, como hemos señalado.

El Programa de Administración Compartida representa un nuevo modelo de financiamiento y gestión del primer nivel de atención de la salud, con la participación de la comunidad como componente clave para vigilar la gestión y garantizar la calidad de los servicios de salud. Las evaluaciones de los CLAS hasta la fecha muestran que hay beneficios claros en este nuevo modelo para la calidad y la equidad de la atención brindada por el sector salud, además de la eficiencia del gasto, en comparación con los establecimientos con la administración tradicional del sector público (Cortez, 1998; Altobelli, 1998ayb; Vicuña *et al*, 1999). El involucramiento de la comunidad se está intensificando ahora con la política social del gobierno del Presidente Alejandro Toledo, que estimula las mesas de concertación para la lucha contra la pobreza y en varias otras formas estimula y incorpora la participación ciudadana en la identificación de sus necesidades.

El diseño original del Programa de Administración Compartida y los CLAS en 1993 fue basado fundamentalmente en la difícil realidad en que se encontró el país después de los años de terrorismo e hiperinflación que tuvieron su apogeo a los finales de los '80 y comienzos de los '90. Hubo un vacío en los servicios de salud para una proporción grande de la población peruana, especialmente en la zona rural pero también la peri-urbana. Existían escasos recursos para los servicios sociales, y el primer nivel de atención de salud fue unos de los más desatendidos. Las postas médicas pequeñas en áreas rurales tenían personal básico, pero con poco equipamiento, medicina, y insumos. El Programa de Administración Compartida fue instalado con la idea que se podía estimular un mejoramiento en la calidad de atención, y por ende la reactivación de su utilización por la población, si se permitiera a la posta quedarse con el dinero recolectado del pago de servicios por los clientes. Funcionaría este sistema siempre y

cuando los miembros de la comunidad se organizaran para administrar los fondos del establecimiento bajo la ley privada. Además, se permitía que se contratara a personal de salud adicional bajo la ley privada que provee mayores incentivos a los recursos humanos para brindar un servicio de calidad. Nunca hubo cambios en el régimen de empleo de los funcionarios públicos “nombrados”.

Al final del año 2001, un total de 1,461 establecimientos de salud, o 24% de los 6700 establecimientos periféricos de salud del MINSA en el Perú, estaban administrados por una Asociación CLAS. Hay un total de 570 Asociaciones CLAS y ello refleja el hecho de que hay un promedio de tres establecimientos de salud administrados por cada Asociación. Es una de las primeras manifestaciones de la reforma de salud en el Perú, y es una forma descentralizada de financiar y administrar los servicios de salud con la co-gestión de la comunidad organizada.

5.1. Organización de los CLAS

Para participar en el Programa de Administración Compartida (PAC) del Ministerio de Salud del Perú, la comunidad, previa convocatoria por el jefe del establecimiento de salud, nombra y elige seis miembros de la comunidad que representan organizaciones comunales que tienen que ver con la salud o la nutrición, como por ejemplo el comité de vaso de leche, la APAFA, los clubes de madres u otros. Asimismo, los elegidos pueden ser miembros particulares de la comunidad. El médico jefe del establecimiento es el séptimo miembro del CLAS y es su gerente. Una vez elegidos sus miembros, se organiza y se registra la Asociación CLAS en los registros públicos como una entidad privada sin fines de lucro con personería jurídica bajo la ley privada, con la finalidad de que la sociedad civil participe en la administración de los servicios públicos de salud. Las responsabilidades, tanto de la Asociación CLAS como del MINSA, están especificadas en el Contrato de Administración Compartida, que se firma entre la Asociación CLAS y la Dirección Regional de Salud. El contrato firmado es un acuerdo formal de gestión para la ejecución de un Programa de Salud Local (PSL), un plan operativo anual desarrollado por el personal del establecimiento de salud, con la aprobación de los miembros del CLAS.

5.2. Roles de la comunidad en los CLAS

5.2.1. Roles que los CLAS desempeñan

La participación social en los CLAS consiste principalmente en la vigilancia y el control social sobre la administración de los servicios de salud, con la realización de las siguientes acciones:

- (i) Vigilancia y control sobre la administración de recursos públicos transferidos del Estado y depositados en una cuenta corriente de la Asociación CLAS para el pago del personal contratado, servicios públicos, impuestos, bienes y servicios: el gasto de los fondos depende de dos firmas en cada cheque – una del tesorero del CLAS (miembro elegido de la comunidad) y el otro del médico gerente de CLAS. Contratación y control del personal de salud, el personal auxiliar (guardianes, de limpieza y otros) y el personal de apoyo (contadores) para el establecimiento de salud.

- (iii) Decisiones sobre el uso de los ingresos propios del establecimiento recaudados a través del cobro por servicios de salud.
- (iv) Control de la calidad y calidez de la atención de salud. Supervisión y control de las actividades en base al Plan Local de Salud. Evaluación de la gestión del establecimiento.
- (vii) Mantenimiento y seguridad del establecimiento.

Las actividades de promoción que realizan los miembros de los CLAS en la mayoría de casos son:

- (viii) Apoyo al personal de salud en actividades promocionales en la comunidad.
- (ix) Comunicación directa con miembros de la comunidad para convencerlos a asistir al establecimiento de salud.

Hay otras funciones asignadas a los CLAS que se deben realizar en coordinación con el personal de salud, pero se logra un menor nivel de cumplimiento dependiendo mucho de las capacidades de los miembros de los CLAS y de la propensión y capacidades del personal de salud del establecimiento para coordinar con la comunidad. Las capacidades de ambos grupos dependen de las capacitaciones y orientaciones que reciben de la DISA para el desempeño de estas funciones, que son:

- (x) Diagnóstico: apoyar la realización del censo comunal de salud.
- (xi) Planificación: proponer, revisar y aprobar el Programa de Salud Local (PSL). Monitoreo de la implementación del PSL.
- (xiii) Movilización de recursos adicionales para solventar los costos de los servicios de salud, a través de otros mecanismos como solicitudes de financiamiento externo o actividades comunales para recaudar fondos.

Tomando en cuenta el balance de sus funciones, las Asociaciones CLAS juegan un rol primario e importante en el control social de la organización y en la entrega de servicios de salud dentro del establecimiento. Su efecto principal se relaciona con la calidad y eficiencia de los servicios prestados y con la estimulación de la demanda de dichos servicios, con resultados que se manifiestan en mayores coberturas de los servicios de salud.

5.2.2. Otros roles que los CLAS deberían desempeñar

Los roles de los CLAS están íntimamente ligados a los roles del Estado, y el desempeño de CLAS depende de la voluntad política y aptitud técnica de la DISA (Díaz, 2001). Por ende, la falta de normatividad del sector salud en temas de salud comunitaria y promoción de la salud ha resultado en el hecho que los CLAS han desempeñado un rol menor en relación con los servicios extramurales en la comunidad. No obstante, esta observación es relativa: mientras casi ningún establecimiento administrado en forma tradicional (los no-CLAS) juega un rol importante en la salud extramural comunitaria, sí existe un número creciente de CLAS que está tomando cartas en el asunto por su propia cuenta. Los roles del estado, y por ende de los CLAS, en la salud comunitaria deberían incluir, por ejemplo:

- (i) Asegurarse de que las familias se informen y tomen conciencia de la salud preventiva y de las acciones y conductas que deberían desenvolver dentro del hogar en relación a la salud, la nutrición, la higiene y el

saneamiento, para mantener la salud de la familia. Ello debe incluir el tratamiento casero precoz de la diarrea infantil y el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio, y en casos de neumonía y deshidratación infantil, entre otros.

- (ii) Asegurar que la comunidad sepa cuáles son los servicios disponibles en el establecimiento y estimular su uso en forma adecuada y oportuna.
- (iii) Propiciar la capacitación, supervisión y actividad de un suficiente número de agentes comunitarios de salud para lograr los puntos i y ii.
- (iv) Promover una actividad más intensa en las organizaciones de base con respecto a la promoción de la salud y a la colaboración con el establecimiento de salud.
- (v) Estimular la llegada del personal de salud a los hogares.
- (vi) Propiciar la cooperación intersectorial en la comunidad para satisfacer las demandas y necesidades de la comunidad.

Si bien las obligaciones de los CLAS, estipuladas en el Contrato de Administración Compartida, especifican claramente el primer grupo de funciones administrativas e intramurales, sus obligaciones en cuanto a la salud comunitaria no son definidas, lo que refleja el vacío en el sector salud en cuanto a una política al respecto.

5.3. Resultados en acceso, calidad y equidad: los establecimientos CLAS versus los no-CLAS

Una evaluación nacional de los CLAS (Vicuña et al 1999) mostró el nivel de acceso, calidad y equidad de los establecimientos administrados por CLAS en comparación con establecimientos que no son CLAS. En 61 CLAS y 122 no-CLAS a nivel nacional; se entrevistó a un total de 2,088 clientes al término de su consulta en el establecimiento.

El Cuadro 4 muestra que hay menos barreras económicas en la atención de la salud y que las medicinas son más accesibles en establecimientos CLAS, especialmente en áreas rurales. Los adultos y ancianos, que no gozan de seguros que financien sus medicinas, tienen significativamente más acceso a las medicinas en los establecimientos CLAS en comparación con los no-CLAS, porque los CLAS pueden aplicar una política más justa de exoneraciones al pago. En cambio, los pacientes menores de cinco años y los de entre 6 y 20 años tienen acceso total en todos los establecimientos públicos gracias al Seguro Materno-Infantil y al Seguro Escolar Gratuito (ahora llamados el Seguro Integral de Salud). Todos los clientes, ricos y pobres, en áreas urbanas y peri-urbanas, reciben aproximadamente el mismo nivel de exoneración (lo que trae a cuenta la cuestión de equidad). En zonas rurales donde hay menos oferta de atención, los CLAS otorgaron mayores exoneraciones a los pobres (72.5% en CLAS versus 66.4% en no-CLAS), mientras los no-CLAS dieron mayores exoneraciones a los no-pobres (56.8% en CLAS versus 80.4% en no-CLAS).

Cuadro 4: Acceso económico y equidad en el primer nivel de atención

		CLAS (%)	No-CLAS (%)
% DE PACIENTES QUE NO PUDO COMPRAR MEDICINAS			
Ubicación del establecimiento	Urbano	5.0	11.3
	Periurbano	10.4	13.7
	Rural	12.3	18.6
Tipo de establecimiento	Centro de Salud	10.5	14.5
	Puesto de Salud	11.8	17.1
Edad del paciente en años	≤ 5 (Cubierto por seguro 0-5)	16.1	16.6
	6-20 (Cubierto por seguro 6-17)	3.8	4.3
	21-49 (Sin seguro)	14.7	24.1
	≥ 50 (Sin seguro)	10.0	30.0
% DE PACIENTES EXONERADOS* DEL PAGO			
Estrato socioeconómico urbano y periurbano	Estrato alto (A y B)	63.9	60.3
	Estrato bajo (C y D)	60.3	66.1
Estrato socioeconómico rural	Estrato alto (A y B)	56.8	80.4
	Estrato bajo (C y D)	72.5	66.4
Número de casos estudiados=		749	1,271

*Incluye exoneración parcial y total

Adaptado de: Vicuña M et al (1999), Lima, Perú: Ministerio de Salud-PAAG-SBPT-AC.

Los datos nacionales de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) de 1997 también revelaron mayor equidad en los CLAS versus los no-CLAS. El Cuadro 5 muestra que los CLAS proporcionaron significativamente más exoneración parcial y total (S/ 2.0 nuevos soles o menos) en comparación con establecimientos no-CLAS, especialmente para los quintiles más pobres de la población.

Cuadro 5: Equidad en el primer nivel de atención. Costo de consulta según quintil de gasto per capita

	I Quintil		II Quintil		III Quintil		IV Quintil		V Quintil		TOTAL	
	No-CLAS	CLAS	No-CLAS	CLAS	No-CLAS	CLAS	No-CLAS	CLAS	No-CLAS	CLAS	No-CLAS	CLAS
I. AREAS URBANAS FUERA DE LIMA/CALLAO												
Gratis	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 o más	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%
II. AREAS RURALES												
Gratis	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	100	35.0	46.2
S/. 2.1 ó más	31.0	12.2	43.6	28.4	61.3	44.8	47.8	61.6	60	0	39.5	27.1
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Altobelli L. (1998) UNICEF. Lima, Perú. (análisis propio utilizando la base de datos de ENNIV 97, Cuánto, S.A.)

5.4. Factores de éxito en las experiencias de participación comunitaria en los CLAS

Según las evaluaciones y análisis que se han llevado a cabo sobre el Programa de Administración Compartida desde el comienzo del programa (O'Brien y Barnechea 1995; Taylor 1996; Altobelli 1998a, 1998b, 2000, 2001; Cortez 1998; Vicuña et al 1999; Taylor y Paredes 2000; Villanueva 2001 y Díaz 2001), los factores identificados como claves para el éxito de la participación social en los CLAS pueden ser resumidos en los siguientes:

- El grado de democracia con que se elige los miembros de CLAS para que se escojan los líderes verdaderos de la comunidad.

- La representación de diferentes sectores de la comunidad en la Asociación CLAS, incluyendo especialmente a los pobres.
- La inclusión de mujeres de la comunidad en la Asociación CLAS.
- Capacidades en la administración y gerencia (ya sea por experiencia previa o capacitación reciente) en por lo menos un miembro de la Asociación CLAS.
- La capacidad personal y las características de liderazgo del gerente del CLAS.
- El nivel de compromiso del gerente de CLAS con la comunidad y con la resolución de los problemas de salud de ésta: su nivel de interés y dedicación a la salud comunitaria y no sólo a la atención de pacientes en la consulta.
- La efectividad de los esfuerzos para orientar o informar a la comunidad sobre sus derechos en cuanto a la participación en salud y los servicios que podrían demandar.
- La mayor permanencia de personal de salud en la comunidad (versus los contratos cortos de PSBPT).
- La provisión y sostenibilidad/continuidad de capacitación, supervisión, evaluación y apoyo técnico de la UTES y DISA al personal de salud y a la Asociación CLAS.

5.5. El tema del poder en los CLAS

La experiencia de los CLAS ha incluido las contenciones sobre el poder con el establecimiento que ocurren a través de una negociación generalmente sana entre el establecimiento de salud y la comunidad durante el primer año de conformación. Durante este periodo ambos lados aprenden nuevos roles y acomodan el balance de poderes. Tal fenómeno fue observado y reportado como un proceso natural y necesario de maduración de los CLAS (Taylor, 1996). Además, se ha observado y clasificado cuatro posibles estructuras de poder en los CLAS, considerando las relaciones de poder entre tres componentes: el gerente del CLAS, el personal de salud del establecimiento y los miembros del CLAS (Cortez, 1998). El balance de poder a que llega un CLAS depende de una constelación de factores que caracterizan cada comunidad y de su interrelación con el establecimiento de salud: cultura, nivel socio-económico, interés, motivación, capacidades técnicas y sociales y otras características más de las personas involucradas.

Los esfuerzos del MINSA para controlar el balance de poder han ido cambiando desde los primeros años del PAC. Antes, el sector salud aseguró que el balance del poder iba a favor del Estado y se requería que tres de los seis miembros del CLAS fueran escogidos a dedo por el gerente del CLAS, mientras que los otros eran elegidos por la comunidad. Evidenciando que el programa ha madurado significativamente, desde el año 2000, los seis miembros de CLAS son elegidos por la comunidad.

A la vez, una de los mayores retos para el Programa de Administración Compartida ha sido la dificultad por parte de algunas autoridades en el nivel central, regional y territorial de salud para transferir poder al primer nivel de atención y a los CLAS. Esto ha ocurrido por dos razones principales: primero, la falta de un mandato político claro sobre el apoyo del estado al modelo de CLAS dentro de la reforma del sector salud y del estado peruano. La segunda razón, siendo una causa de la primera, es la falta de información adecuada por parte de algunas autoridades de salud en diferentes niveles de las reglas de juego sobre la totalidad del modelo CLAS y el balance en la división de poderes entre el sector salud y la Asociación CLAS para el buen manejo

administrativo de los establecimientos de salud en el primer nivel de atención. También es claro que en ciertas regiones del país las ventajas otorgadas con el poder de decisión sobre los presupuestos públicos hace inconveniente compartir poderes financieros con los CLAS. Este hecho refuerza la importancia del rol de los CLAS en la vigilancia del “accountability” del sector público.

5.6. Normatividad de CLAS que favorece y no favorece la participación social

Dentro del marco regulatorio de CLAS, la normatividad que favorece la participación incluye:

- (i) La autonomía de gestión para que la gente decida sobre el uso de los recursos.
- (ii) La seguridad jurídica que otorgaría una ley del Congreso que supera la incertidumbre sobre su continuidad.
- (iii) El cambio en la norma a partir del año 2000, dejando que los seis miembros de CLAS sean elegidos en asamblea de la comunidad, en lugar de la norma previamente establecida para la designación de tres de los siete miembros del CLAS por la autoridad de salud, situación que permitía un sesgo en la toma de decisiones que favorecía al sector salud en perjuicio de la participación comunitaria.

La normatividad de los CLAS que no favorece o restringe la participación incluye los siguientes aspectos:

- (i) Se permite la formación del CLAS con la agrupación de varios establecimientos de salud. Con la restricción de que sean solo seis miembros de la comunidad, no hay representación de la mayoría de comunidades. Se debe disminuir el número de establecimientos de salud en un CLAS para que los seis miembros del CLAS representen una población más manejable. De preferencia, debe haber un miembro del CLAS que represente a una comunidad o comuna: un establecimiento de salud tiene en promedio de seis a diez comunidades en su ámbito. De otra forma, debería incrementarse el número de socios en la Asociación CLAS, para asegurar la representatividad de todas las comunidades que se encuentran en el ámbito de influencia de un CLAS.
- (ii) El estatuto del CLAS determina que el Consejo Directivo debe formarse con tres de los seis miembros del CLAS, desperdiciando el trabajo ad-honorem de tres personas que podrían desempeñar otras funciones. Deben flexibilizarse los estatutos para dar responsabilidades a cada uno de los miembros del CLAS, como integrantes del Consejo Directivo, para dividir las tareas y responsabilidades.
- (iii) La norma actual es lo suficientemente ambigua como para que la comunidad decida sobre los recursos generados por CLAS, en el marco del Seguro Integral de Salud y otros proyectos del MINSA.
- (iv) El estatuto restringe a un año el ejercicio del cargo del Presidente y de los demás cargos que son elegidos entre los miembros del Consejo Directivo. Debe ampliarse a un período adicional y debe ser necesario que transcurra un periodo para poder ser nuevamente candidato. Ello permitirá que exista continuidad y que pueda aprovecharse la experiencia y el aprendizaje ganados en el cargo.

- (v) Existe un vacío que impide que la Asamblea del CLAS pueda ser fiscalizada por la comunidad y que ésta sea capaz de revocar los cargos.
- (vi) No existen sanciones claras para castigar la apropiación ilícita de recursos.

Las propuestas para fortalecer la participación social en los CLAS al final de este documento toman en cuenta las necesidades señaladas.

5.7. Las nuevas formas de administración y gestión financiera de los CLAS

Cualquier discusión sobre los CLAS sería incompleta sin mencionar las bondades de esta nueva forma (desde el 1994) de administración pública en el sector salud. Si bien el rol principal de la Asociación CLAS descansa en el control social que ejerce sobre la administración financiera, asegurando así la transparencia en el uso de recursos públicos y en el control de la calidad y calidez de la atención de salud, el modelo CLAS es mucho más que una experiencia de la participación social en la salud. Es un modelo integral de gestión, financiamiento y provisión de servicios de salud adecuados a las necesidades y prioridades locales, con el eje de la participación social para vigilar los procesos.

La estructura del Programa de Administración Compartida contribuye a la modernización de la administración pública. Se incorpora la ley privada en la administración de recursos públicos que proporciona varias ventajas sobre la administración pública tradicional. Facilita la provisión de incentivos al personal de salud para que provea una atención de salud de mayor calidad. Contribuye a la descentralización administrativa. La ley actual permite que las organizaciones privadas de salud, en este caso los CLAS, contrate con el Estado para proveer servicios, así permitiendo la asignación de recursos públicos directamente al sitio de ejecución presupuestal. Es notable que el *Seguro Materno-Infantil* (ahora el *Seguro Integral de Salud-SIS*) fue originalmente diseñado y piloteado sobre la base de los CLAS que permiten el reembolso de fondos directamente al establecimiento. Además, una propuesta reciente para un nuevo sistema de pago⁸ para el primer nivel de atención de salud considera que los CLAS provee un ambiente descentralizado que entraría bien en un sistema organizado de financiamiento con el control social de la comunidad para asegurar “accountability”, conjuntamente con el SIS como fuente principal de financiamiento, y coordinando con la gerencia de una red de establecimientos (Telyukov *et al*, 2002).

Últimamente se ha comprobado la necesidad urgente de establecer un compromiso político más firme sobre el financiamiento de los CLAS. Fue a raíz de un recorte presupuestal grande que incluyó la línea de bienes y servicios, la ampliación horaria para los trabajadores nombrados trabajando en los CLAS, y las gratificaciones de julio y diciembre: durante todo un año entre el setiembre de 2000 y el 2001 (Díaz, 2001^a).

Los datos mostrados en Cuadro 6 dan cuenta de un ejemplo concreto del efecto de este recorte sobre el funcionamiento integral del establecimiento. Especialmente grave fue el efecto sobre las actividades preventivo-promocionales y el nivel de exoneraciones al pago de las tarifas. Según análisis del cuadro, aunque el CLAS parece ser estable en términos financieros en un ambiente urbano de pobreza no-extrema, este

⁸ Ambulatory Payment Innovation (API), Partners for Health Reform Plus, Abt Associates, Inc. 2002.

establecimiento subsiste al borde de la viabilidad económica. Como resultado del recorte presupuestal y para cumplir con sus obligaciones financieras, este CLAS se vio obligado a aumentar la tarifa por consulta. Las actividades preventivo-promocionales, que no generan ingresos, fueron reducidas en 27%; esta reducción aumentó en un 36% extra, para llegar a un total de 63% de disminución en las actividades preventivo-promocionales, a los seis meses del recorte inicial. Las exoneraciones también fueron reducidas drásticamente en el corto-plazo, con una recuperación parcial hacia el primer trimestre de 2001.

La capacidad de los CLAS para tomar decisiones propias provee la capacidad de sobrevivir a las crisis económicas. Sin embargo, las consecuencias han sido muy negativas para el rol preventivo-promocional de los CLAS y, en el mediano y largo plazo, para la entrega de los servicios de salud. Los efectos sobre los CLAS en provincias y en zonas rurales hubieran sido aún peores. Además, los miembros comunitarios de los CLAS ya no tuvieron el manejo de recursos mínimos para la gestión y esto fue un factor muy desalentador para la participación porque ya no pudieron mejorar la calidad de la atención y el desempeño del establecimiento.

Cuadro 6: Efecto de los recortes presupuestales a los CLAS en Octubre 2000 - Ilustración de Lima Norte

	Año 2000		Año 2001
	Jul.-Set.	Oct.-Dic.	Ene.-Mar.
Transferido de MINSA para salarios	S/ 49,203	49,203	49,203
Transferido de MINSA para bienes y servicios	S/ 2,316	0	0
Ingresos propios (nuevos soles)	S/ 19,044	23,094	22,950
Ingresos propios como % del total	37.0%	46.9%	46.6%
Nº consultas médicas generales	1,951	2,114	1,782
Nº consultas médicas especializadas	196	295	273
Nº actividad preventivo-promocional (APP)	6,013	4,375	1,615
Nº exoneraciones	230	142	184
% cambio en consultas generales	-	+8.4%	-15.7%
% cambio en APPs	-	-27.3%	-63.1%
% cambio en exoneraciones	-	-38.3%	+29.6%
Ingresos del laboratorio (nuevos soles)	S/ 1,548	1,646	1,974
Tarifa cobrada por consulta (nuevos soles)	S/ 3	S/ 4	S/ 4

Fuente: CLAS Confraternidad, Centro de Salud Juan Pablo II, Lima Norte.

La lección aprendida a partir de esta experiencia es la confirmación de las advertencias previas respecto a que no se debe creer que el Programa de Administración Compartida sea un medio para crear la sostenibilidad o independencia económica de un establecimiento público de salud y, por ende, reducir sus necesidades de presupuesto público en salud. Para que funcione la cogestión con la comunidad, es necesario que el gobierno se comprometa a mantener niveles básicos de financiamiento, sin los cuales el contrato entre el gobierno y la comunidad no se puede cumplir. Además, se requiere proporcionar información a la ciudadanía sobre los derechos en salud y generar capacidades en la comunidad para que puedan participar plenamente, vigilando los servicios de salud, ejerciendo sus responsabilidades y reclamando sus derechos en salud.

6. Lecciones aprendidas sobre necesidades y requerimientos para la participación comunitaria

6.1. Lecciones sobre obstáculos a la participación en diversos programas de desarrollo

El tema de la participación es uno de los ejes centrales de la discusión mundial sobre el desarrollo social y el combate de la pobreza. Aunque se reconoce que la participación social es una salida de la pobreza, de la marginación y la exclusión, la misma situación de pobreza le resta a la población el “poder” de participar. Allí se encuentra la debilidad de la propuesta, a pesar del amplio consenso sobre su necesidad, y se requiere de los esfuerzos del Estado para romper el ciclo vicioso, generando en aquellas poblaciones más excluidas las capacidades y la autoestima necesarias para facilitar su participación.

Hasta la fecha se han revelado una serie de errores institucionales y gerenciales en los esfuerzos para implementar procesos orientados a “hacer participar a la población pobre” en la formulación de estrategias sociales y en la gestión social. Algunos de los más frecuentes fueron descritos por Kliksberg (1998):

- A. “Los aparatos burocráticos encargados de implementar la participación tienen por lo general un modelo vertical de organización interna. Son estructuras que siguen modelos gerenciales tradicionales, tipo pirámide jerárquica, apegados a normas y rutinas, enfatizados en el cumplimiento de la norma sobre otras consideraciones. La participación requiere de casi lo opuesto: flexibilidad total sobre el terreno, capacidad para el diálogo y la acción horizontal, reemplazo de las normas rígidas por interpretaciones ad-hoc de los problemas. Se abre así una brecha muy importante entre el perfil gerencial de las organizaciones implementadoras de la participación y los requisitos apropiados para la misma.
- B. Con gran frecuencia no se “escucha” mayormente cuáles son las necesidades reales de la comunidad, se parte de supuestos de “laboratorio” sobre ellas. Ello resta de partida motivación a la comunidad para participar.
- C. Los métodos educativos utilizados en programas que intentan preparar a las comunidades para la participación son con frecuencia opuestos a ella. Tienen un claro sesgo autoritario e inhiben el libre intercambio y la aparición de las múltiples dudas latentes.
- D. Suele existir en sectores de alto poder de la sociedad y en comandos gerenciales públicos y privados de la región, la idea sin base empírica de que la participación resta eficiencia.” (por ejemplo, el término del proyecto según el calendario previsto, el ahorro en gastos y otros, como argumentos adicionales a favor de la exclusión de los beneficiarios de los procesos de planificación e implementación).

Los esfuerzos para generar capacidades para la participación, tan necesaria como es, tienen que ser diseñados de tal manera que eviten estos errores comunes.

Otros obstáculos en programas de participación social en la salud vienen de la resistencia de los profesionales de la salud a los cambios vinculados con una mayor *accountability* (rendición de cuentas). En otros países, se ha visto resistencia a la participación por parte de autoridades del gobierno: por razones políticas – como la

pérdida de poder en el manejo de recursos, particularmente en los hospitales, y por razones técnicas – como la debilidad administrativa y técnica de algunos establecimientos de salud con participación comunitaria.

6.2. Lecciones sobre ONGs como interlocutores para la participación en programas de desarrollo social

Las lecciones aprendidas sobre la incorporación de organizaciones de la sociedad civil en programas de desarrollo indican que hay mayor eficiencia y soluciones más costo-efectivas que en programas sin participación; los proyectos responden más a las necesidades de las comunidades; se pueden fortalecer las capacidades de la población local; y las organizaciones civiles (como las ONGs) pueden ser “interlocutores honestos” entre las poblaciones pobres y sus gobiernos. Estas fueron las conclusiones de un análisis de experiencias en la última década con proyectos en América Latina que utilizaban estrategias de participación social, incluyendo proyectos de educación, justicia, agua y saneamiento, recursos naturales y conservación de biodiversidad, y la experiencia peruana del Diálogo Nacional sobre la Pobreza (Banco Mundial 2000).

Los retos, sin embargo, no faltaban, siendo identificados como: la necesidad de fortalecer capacidades en las organizaciones de la sociedad civil, la necesidad de escuchar la voz de los pobres mientras se trabaja con organizaciones civiles que no siempre trabajan con los más pobres y se asume el reto de asegurar la representatividad de los pobres en las organizaciones civiles.

Para el desarrollo de las capacidades de las organizaciones de la sociedad civil, hubo tres retos especiales: (i) la necesidad de desarrollar capacidades técnicas en las organizaciones, (ii) la capacidad gerencial frecuentemente débil de las organizaciones civiles, y (iii) las capacidades de los pobres para preparar y gestionar proyectos que satisfagan las necesidades de su comunidad. En cuanto a este último punto, generalmente los proyectos basados en la demanda (p.e. FONCODES) no son accedidos no pueden ser canalizados por las comunidades más pobres porque faltan estas destrezas.

6.3. Lecciones aprendidas sobre la participación social en la salud en los CLAS

- *El fortalecimiento de capacidades en la comunidad es esencial para la participación en CLAS.* Una de las responsabilidades del Estado es proporcionar la información y educación suficiente a la comunidad para que pueda ejercer sus derechos y deberes y evite el frecuente error institucional de implementar la participación en forma vertical, siguiendo modelos gerenciales y de capacitación tradicional tipo pirámide jerárquica. Las metodologías más exitosas hasta la fecha son los encuentros entre los CLAS para el intercambio de experiencias y las pasantías en los CLAS, exitosas para la observación directa e intercambio en el terreno.
- *La participación de la sociedad civil da como resultado una mayor transparencia en el manejo de recursos públicos.* Debido a que los CLAS no tienen que depositar los ingresos propios en una cuenta común de la Dirección Regional de Salud, los utilizan para las necesidades locales del establecimiento, luego del análisis y

decisión en grupo en forma transparente.⁹ Igualmente, la línea presupuestal de bienes y servicios del tesoro público, cuando la DISA la entregue a los CLAS como debería, es gastada y reportada transparentemente en sus informes financieros mensuales y anuales. Grandes problemas para los CLAS surgieron frecuentemente cuando la DISA no entregaba los recursos para bienes y servicios que el presupuesto les destinaba. El control social de los CLAS sobre la responsabilidad fiscal del establecimiento debe extenderse al control social de las cuentas de la DISA y del CTAR en materia de los recursos públicos destinados a los CLAS.

- *La descentralización de la administración financiera es un pre requisito para la participación de la sociedad civil en los servicios de salud.* El control social sobre la calidad de atención que brinda el personal de salud y sobre la calidad de la infraestructura y equipos que ofrece el establecimiento de salud a la población, dependen mucho del manejo administrativo por la sociedad civil tanto de las transferencias de recursos públicos como de los ingresos propios del establecimiento.
- *La participación de la sociedad civil resulta en mayor acceso y equidad entre la población respecto a los servicios de salud.* Esto ha sido demostrado por las evaluaciones cuantitativas del Programa de Administración Compartida. Sin embargo, las decisiones tomadas en el nivel central sobre la macro-asignación presupuestal del sector salud es lo que más influye en la equidad de acceso a los servicios de salud para la población en general. Hasta el momento esta asignación es regresiva con mayores presupuestos asignados a zonas de mayores ingresos el país,
- *Las crisis económico-financiero tienen un impacto grave tanto sobre la participación social como sobre la equidad del acceso a los servicios de salud.* Cuando hay restricciones presupuestales en la administración central del sector, como hubo desde setiembre de 2000 hasta diciembre de 2001, las transferencias a los CLAS disminuyen, esto distorsiona el modelo de gestión con participación comunitaria y silenciosamente lo condena a una participación nominal irreal. El balance financiero del CLAS se interrumpe y se ve obligado a subir tarifas, bajar exoneraciones y reducir actividades preventivo-promocionales (que no generan ingresos) para compensar la brecha fiscal. Esto limita significativamente el rol de las asociaciones CLAS en las decisiones sobre la gerencia de los servicios de salud. El resultado de los recortes no es solamente sobre la participación, sino sobre la equidad del acceso a los servicios de salud.
- *Se fortalece la participación social cuando existen líderes fuertes y comprometidos del sector salud, refiriéndose al director de la DISA y el gerente del CLAS.* Cuando no hay fuerte apoyo al CLAS de estos niveles del sector, el modelo se puede debilitar por las decisiones financieras que puedan tomar reduciendo los recursos destinados a los CLAS. De otro lado, la participación puede seguir fuerte a pesar de la falta de apoyo, dada la estabilidad financiera del CLAS en los casos en que haya un buen nivel de ingresos propios en los mismos, estando éstos ubicados

⁹ En el segundo semestre de 2001 el Ministerio de Economía y Finanzas dispuso en una directiva que todos los establecimientos de salud depositen sus ingresos propios en una cuenta del Banco de la Nación. Gracias a los enérgicos esfuerzos del Programa de Administración Compartida, el MEF dio marcha atrás y les permitió a los CLAS una excepción a la directiva.

mayormente en zonas sin pobreza extrema. Los CLAS que sufren más por la falta de apoyo de los niveles superiores son aquellos en zonas más pobres, es decir en zonas rurales de la costa, sierra y selva, que dependen más de la financiación completa de los servicios prestados.

- *En los CLAS, la participación no es solamente una meta en si misma, es parte del proceso.* Esta lección es importante para oficiales en el nivel central y regional del sector salud, quienes juzgan la participación social como el objetivo final del modelo CLAS y evalúan el desempeño del CLAS por su nivel de “participación alcanzada”, cuando en realidad la participación requiere de su apoyo para que sirva efectivamente como parte del proceso, especialmente en zonas más pobres.
- *La salud no es una de las primeras prioridades de la población para el desarrollo de su comunidad.* Hay otras necesidades básicas, como el agua potable, saneamiento y riego, que pueden tener mayor prioridad cuando la comunidad participa plenamente en la planificación local. Por ende, el sector salud debería tener previsto un plan de trabajo multisectorial para coordinar acciones a nivel local. La experiencia (como la de APRISABAC) muestra que proyectos como la instalación de servicios de agua y saneamiento sirven bien como la puerta de entrada para programas de educación en salud e higiene.
- *La participación de mujeres en la Asociación CLAS confiere más dinamismo a la gestión del establecimiento de salud.* Las mujeres son los principales actores en la protección de la salud familiar, y por ende son más motivadas. Cuando les den la oportunidad, las mujeres se involucren incansablemente en los detalles de gestionar los servicios de salud, en las comunicaciones intra-comunales con autoridades y con la población, en reuniones, en discusiones, y atendiendo a los asuntos más diminutivos que aseguran la calidad.
- *Se requiere de un agente profesional que sirva de nexo entre la comunidad y el Estado para el adecuado desarrollo de proyectos.* Esta lección, aprendida de FONCODES, APRISABAC, ADRA, CARE y otros proyectos de desarrollo, debe ser acogida por el Ministerio de Salud en relación a los CLAS. La estrategia de “segmentación”¹⁰ cumple sólo parcialmente esta necesidad: se requiere de personal asignado y capacitado específicamente para el trabajo comunitario. Se reafirma la necesidad de una alianza tripartita entre el estado, la comunidad, y el experto externo, cada uno con un rol claro bajo la meta de salud y desarrollo.
- *La provisión de recursos para una finalidad deseada por la comunidad es la clave para lograr su participación activa.* Es crucial tener una actividad o meta específica alrededor de la cual la comunidad organiza su participación. Cuando no hay nuevos insumos introducidos a la comunidad, difícilmente se la motivará para mantener su participación. Esta lección es clara cuando uno considera las experiencias de participación de FONCODES, Vaso de Leche, y los comedores populares, por mencionar algunas.

¹⁰ “Segmentación” es una estrategia en la cual se reparte la asignación de zonas o segmentos de la comunidad entre el personal asistencial del establecimiento, cada uno programando sus días de salida a la comunidad para cumplir con visitas domiciliarias y actividades preventivo-promocionales.

7. Propuestas para fortalecer la participación comunitaria en la salud en los CLAS

La participación comunitaria no puede ser legislada por el gobierno. Sin embargo, hay un buen número de políticas que pueden implementarse y que fortalecerían el sistema de salud para facilitar el proceso de participación. A continuación se incluyen las recomendaciones para estimular y fortalecer la participación social con fines de mejorar el nivel de salud y desarrollo de la comunidad, considerando aspectos de equidad y efectividad. Estas son:

SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

- a. Desarrollar una política clara que define los componentes de la atención primaria de salud, explicitando el rol de los CLAS al respecto.
 - ✓ Especificar los roles y funciones en todos los niveles del sector salud y otros sectores, incluyendo el rol de la comunidad en su vigilancia y desarrollo;
 - ✓ Diseñar los mecanismos de financiamiento y gestión de la atención primaria de salud;
 - ✓ Estimar los costos de la atención primaria de salud y asegurar el presupuesto;
 - ✓ Desarrollar los lineamientos de la participación de agentes comunitarios de salud y el apoyo del Estado a su trabajo;
 - ✓ Diseñar los sistemas de supervisión, monitoreo y evaluación de todos los componentes de la atención primaria de salud.

SOBRE LA PLANIFICACIÓN LOCAL

- b. Fortalecer el proceso de planificación local, dejando de lado la imposición de metas y asegurando el diagnóstico y planificación de las necesidades reales de cada comunidad.
 - ✓ Asegurar la capacitación tanto del personal de salud como de los miembros de los CLAS y la comunidad en el proceso de planificación local,
 - ✓ Reformular la concepción y el formato del programa de salud local para no complejizarlo mas y para permitir la participación de la asamblea de CLAS;
 - ✓ Apoyar la restitución de los censos locales de salud como premisas de buena planificación local.

SOBRE EL ROL DEL SECTOR SALUD EN APOYO A LOS CLAS, INCLUYENDO EL DESARROLLO DE CAPACIDADES

- c. Promover el rol de la DISA en la construcción de un modelo de gestión de los servicios de salud y de la participación comunitaria en ellos, que sea adecuada al ámbito cultural, social, y económico de cada zona.
 - ✓ Desarrollar un CLAS modelo en cada zona; ello representa el mejor proceso de prestación y promoción de la salud preventiva y puede ser utilizado para la capacitación horizontal de otros CLAS en la misma zona.
 - ✓ Promover el intercambio de experiencias con miembros de CLAS en forma intra-regional para replicar éxitos y aprender del fracaso.

d. Crear un mecanismo formal y sostenido de capacitación y asistencia técnica, supervisión, monitoreo y evaluación de los CLAS desde la DISA.

- ✓ Desarrollar las destrezas en el equipo de gestión de la DISA para cumplir con su rol de apoyo a los CLAS.
- ✓ Asegurar el financiamiento para las actividades de control de la DISA a los CLAS, sobre la base de contratos de gestión con el nivel central.

e. Fortalecer el proceso de capacitación y desarrollo de capacidades de los miembros de la Asociación CLAS y de la comunidad en general.

- ✓ Incluir en un acuerdo de gestión de la DISA la implementación de un cierto número de días de capacitación al año para los CLAS, proporcionando el presupuesto necesario; considerar la contratación de terceros (p.e. ONGs, universidades) para proporcionar la capacitación a los CLAS y comunidades.
- ✓ Seguir propiciando el intercambio de experiencias bajo la forma de encuentros intrarregionales que se iniciaron por primera vez en el programa en 1999: antes solo se reunían los funcionarios y los médicos;
- ✓ Garantizar la presencia del presidente, secretario y tesorero de cada CLAS en los encuentros y capacitaciones.

f. Asegurar el desarrollo de actitudes y destrezas adecuadas para el trabajo con comunidades por parte del personal de salud en los establecimientos CLAS, incluyendo una adecuada orientación sobre organización comunal y resolución de conflictos.

g. Asegurar que hay un nexo de personal profesional entre el Estado y la comunidad para contribuir con la asistencia técnica continua necesaria para la implementación de apoyo a los CLAS y a otros proyectos de educación sanitaria, salud colectiva, obras, actividades productivas y otras actividades de desarrollo.

SOBRE LA EXPLICITACIÓN DE LOS ROLES DE LA ASOCIACIÓN CLAS

h. Explicitar el doble rol de los CLAS

- ✓ Su rol para la vigilancia ciudadana sobre la administración de los recursos públicos, la calidad y la equidad de los servicios de salud.
- ✓ Su rol como nexo entre el establecimiento de salud y la comunidad para promover la salud comunitaria, la prevención de enfermedad y el desarrollo de la comunidad para la satisfacción de necesidades básicas de ésta a través de la acción multisectorial.

SOBRE LA REPRESENTATIVIDAD DE LOS CLAS

i. Fortalecer el proceso de elecciones democráticas de los miembros de los CLAS.

- ✓ Reducir el número de establecimientos y comunidades que se incorporan en un solo CLAS agregado.

- ✓ Proporcionar orientación adecuada a toda la población en el momento de la formación inicial del CLAS, o cuando hay reelecciones: es trabajo de hormiga que requiere una inversión sostenida del estado.
- ✓ Asegurar la selección de representantes de los grupos normalmente excluidos: las mujeres, los pobres y la población aislada por razones de distancia o de lengua distinta.
- ✓ Coordinar con el gobierno local que podría prestar apoyo a una convocatoria más amplia a la población.

SOBRE LA CREACIÓN DE VÍNCULOS ENTRE EL SECTOR SALUD Y LA COMUNIDAD

j. Implementar estrategias para crear un acercamiento de la comunidad al establecimiento de salud, de preferencia estableciendo acuerdos de gestión entre el establecimiento y cada instancia en la comunidad, para asegurar el cumplimiento de las actividades por ambas partes.

- ✓ Articular al servicio de salud formal con promotores, vigías, comités comunales de salud, etc. y apoyar la formación de más agentes comunitarios de salud;
- ✓ Coordinar actividades de salud con la dirigencia vecinal, vaso de leche, club de madres y otros organismos de base;
- ✓ Medir periódicamente el conocimiento que la gente tiene sobre las acciones preventivas de salud y de CLAS para identificar población objetivo y focalizar la información en los sectores que más lo requieran;
- ✓ Participar en reuniones de la comunidad: asamblea general y cabildos abiertos;
- ✓ Promover conmemoraciones como el aniversario de CLAS, el día del niño y el día del medio ambiente, entre otros: ello constituye una buena oportunidad para vincular el servicio de salud con la comunidad;
- ✓ Cumplir con la capacitación al CLAS y hacerla extensiva a los dirigentes de base de la comunidad para prepararlos, ya que ellos pueden ser elegidos directivos de CLAS en el futuro.

SOBRE LA TRANSPARENCIA DE LA GESTION FINANCIERA

k. Fortalecer un proceso de transparencia en la gestión financiera de las DISAs (y los gobiernos regionales) para que haya vigilancia ciudadana sobre las cuentas regionales de salud referentes a los CLAS y no sólo sobre las cuentas locales.

- ✓ Publicar planes, resultados y rendición de cuentas a la comunidad.
- ✓ Difundir información sobre salud y participación comunitaria simultáneamente a nivel local, regional y nacional

SOBRE LA AMPLIACIÓN DEL ROL DE LOS CLAS PARA EL DESARROLLO LOCAL

l. Fortalecer el rol del CLAS para estimular el desarrollo local; ligar a los establecimientos CLAS con fuentes de financiamiento como el FONCODES, para la ejecución de proyectos pequeños de desarrollo local.

Agradecimiento: Se agradece a Ricardo Díaz, Carl E. Taylor y Arturo Yglesias por sus valiosas observaciones y comentarios a versiones previas de este documento.

PERSONAS CONTACTADAS

Dr. Victor Baccini, Coordinador Nacional, Programa de Administración Compartida, Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, MINSA Perú.

Dr. Jaime Freundt T., Ex Ministro de Salud de Perú, 1973-1974.

Dr. Halfdan Mahler, Director General Emérito, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Mg. Edwin Peñaherrera, Ex Director, Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud, DGSP-MINSA Perú.

Dr. Alfredo Sobrevilla, Coordinador, Estudio de CLAS, ex miembro del equipo técnico original del Programa de Administración Compartida, MINSA Perú.

Dr. Luis Tam, Gerente de Salud, CARE Perú.

Dr. Carl E. Taylor, Profesor Principal Emérito, Departamento de Salud Internacional, Facultad de Higiene e Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Baltimore, MD, USA.

Dr. Nicolás Velarde, ExCoordinador Nacional, Programa de Administración Compartida, Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, MINSA Perú.

BIBLIOGRAFÍA

ALTOBELLI L.C. y CASTILLO O.

2001. “Informe Misión de Evaluación Externa Final – Proyecto APRISABAC Atención Primaria y Saneamiento Básico de Cajamarca”, 10 de enero 2001.

ALTOBELLI L.C. y PANCORVO J.

2000. “El Programa de Administración Compartida y los Comités Locales de Administración de Salud: Estudio de Caso del Perú”. Estudio de caso preparado para el III Foro para Europa y las Américas sobre la Reforma del Sector Salud. San José, Costa Rica, mayo 2000.

ALTOBELLI L.C.

1998a “Análisis comparativo de establecimientos de atención primaria de salud con la participación de la sociedad civil”. Presentado en el seminario *Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana*. Cartagena, Colombia: BID, del 12 al 13 de marzo 1998.

ALTOBELLI L.C.

1998b “Reforma de Salud, Participación Comunitaria, y Inclusión Social: el Programa de Administración Compartida”, Informe preparado para la Evaluación de Proyecto de Medio-Término de la Cooperación UNICEF-PERU. agosto de 1998.

APRISABAC

1999 *Metodología para el Trabajo Comunitario en Salud: Sistematización Experiencia APRISABAC 1993-1997*. Desarrollo Comunitario Serie 2. Cajamarca: Ministerio de Salud-Dirección Regional de Salud Cajamarca y Proyecto APRISABAC.

AROLE M. y AROLE R.

2002 “Jamkhed, India: Evolution of a World Training Center”, En: Taylor-Ide D, y Taylor C.E.. *Just and Lasting Change: When Communities Own Their Futures*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, in association with Future Generations.

BANCO MUNDIAL

2001. *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000*.

BANCO MUNDIAL

2000 “Thinking Out Loud II: Innovative Case Studies on Participatory Instruments”, Ed.: M.Anderson, Civil Society Team LAC Region. Civil Society Papers.

BANCO MUNDIAL

1987 *World Development Report*.

BRUGES C.H.

1975. Untitled manuscript. Cali, Colombia.

CARE Peru

2001 *Modelo para Desarrollar las Capacidades Locales de Promoción Comunitaria en Salud: Sistematización del Proyecto Enlace*. Lima: CARE Peru.

CORTEZ R.

1998 Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS. Lima: Universidad de Lima.

CRANDON L.

1983 “Grass roots, herbs, promoters and preventions: a re-evaluation of contemporary international health care planning. The Bolivian case.” En: *Social Science and Medicine*, Vol. 17: 1281-1290.

DFID

2000 *Haciendo Realidad los Derechos de los Pobres: Estrategias para lograr las metas del desarrollo internacional*. London: Division for International Development.

DIAZ R.

2002 “Descentralización y participación ciudadana en salud”, En: *Semanario Gestión Médica*. Edición 270, Año 7, del 3 al 9 de junio del 2002. p. 16-17.

DIAZ R.

2001a “Los CLAS enfrentan el riesgo de la desfiguración del modelo”, En: *Semanario Gestión Médica*. Edición 249, Año 6, del 3 al 9 de diciembre del 2001. p. 16-17.

DIAZ R.

2001b “CLAS: una experiencia para descentralizar servicios de salud”, En: *Semanario Gestión Médica*. Edición 226, Año 6, del 25 de junio al 01 de julio del 2001. p. 18-19.

ENGE K. *et al.*

1984 “Evaluation: Health Promoter Programs, Ministry of Health, Lima”. Boston: Management Sciences for Health.

EVANS J.R., HALL K.L. y WARFORD J.

1980 “Shattuck Lecture--Health care in the developing world: problems of scarcity and choice”. En: *New England Journal of Medicine*, Vol. 305, 19.

JARAMILLO A.J.

1983 *Los problemas de la salud en Costa Rica. Políticas y estrategias*. Talleres de Litografía Ámbar, San José.

KLIKSBERG B.

1998 “Participación comunitaria: algunos problemas estratégicos”, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Presentado en el seminario *Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana*.. Cartagena, Colombia: BID, del 12 al 13 de marzo 1998

KOMORA C.

1998 “El control social como factor de mejora de la gestión de los sistemas locales de salud; el Sistema Local de Salud de Icapuí, Ceará, Brasil”. Presentado en el seminario *Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana*. Cartagena, Colombia: BID, 12-13 Marzo 1998.

LANDSBERGER A.

1979 *El Proceso de Transformación Rural*, 1979.

LE BOW R. *et al*

1983 “Project evaluation summary specific to the rural health delivery system (SBS) in the Dominican Republic Evaluation and recommendations.” Boston: Management Sciences for Health.

LOPEZ-ACUÑA D.

1980 *La Salud Desigual en México*. Siglo XXI Editores, México.

MARTÍN P.

1981 “An assessment of factors which affect community participation in the Honduran health system.” Washington D.C.: *American Public Health Association*.

MASCAREÑO C.

1998 “Centros ambulatorios con participación ciudadana, promovidos por FundaSalud en el Estado de Lara – Venezuela”. Preparado para el seminario *Programas Sociales*,

Pobreza y Participación Ciudadana. Cartagena, Colombia: BID del 12 al 13 de marzo de 1998.

MORGAN L.

2001 “Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge”. En: *Health Policy and Planning* 16(3): 221-230.

MULLER F.

1979 “Participación Popular en Programas de Atención Sanitaria Primaria en América Latina”. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública..

NAVIA O. y J. LANDIVAR (eds.)

1997 *Libro de Consulta sobre Participación*. Departamento de Planificación Estratégica y Políticas Operativas, Departamento de Programas Sociales y Desarrollo Sostenible y Sección de Desarrollo del Personal. Banco Interamericano de Desarrollo

NINO A.

2000 *Modelo de Salud*. Tesis de Maestría en Salud Pública. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

ORTIZ DE ZEVALLOS G.

2001 “Efectos de la participación de comunidades pobres en el éxito de pequeños proyectos de infraestructura básica: análisis de la experiencia de FONCODES”. Documento preparado para el *Taller Internacional sobre Participación y Empoderamiento para un Desarrollo Inclusivo*. Lima, Perú: Banco Mundial, del 9 al 11 de julio 2001.

PAUL B.J. y DEMAREST J. W.

1984 “Citizen participation overplanned: the case of a health project in the Guatemalan community of San Pedro la Laguna”. En: *Social Science and Medicine*, Vol. 19: 185-192.

PÉREZ F.

1998 “Participación comunitaria en la producción y provisión de bienes públicos: Análisis comparativo de las Empresas Solidarias de Salud de Colombia y los centros ambulatorios de FundaSalud en Venezuela”. Preparado para el seminario *Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana*. Cartagena, Colombia: BID, del 12 al 13 de marzo de 1998.

RIFKIN S.

1996 “Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programs”. En: *Acta Trop*, Vol. 61(2): 79-92.

RIFKIN S, MULLER F. y BICHMANN W.

1988 “Primary health care: on measuring participation”. En: *Social Science and Medicine*, Vol. 26(9): 931-940.

RUTTEN A.

1995 “The implementation of health promotion: a new structural perspective”, En: *Social Science and Medicine*, Vol. 41(12): 1627-1637.

SANTISTEBAN BARSALLO C.S.

2001 *Problemas y estrategias para los CLAS*. Presidente de CLAS Noria, Trujillo, Departamento de La Libertad, Perú. (Mimeo)

SELIGSON M.A.

2000 “The Political Culture of Democracy in Bolivia: 2000”, Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh.

SOMARRIBA M.M.

1980 “On the limitation of community health programmes”. En: *Contact*, Special issue N°. 3: 61-68.

TANAKA M.

2001 *Participación popular en políticas sociales: cuándo puede ser democrático y eficiente, y cuándo todo lo contrario*. Lima, Perú: Consorcio de Investigación Económico y Social / Instituto de Estudios Peruanos.

TAYLOR C.E.

1996 “An evaluation of CLAS (Committees for Local Health Administration), a new component in health reform in Peru”, Report to the Honorable Minister of Health of Peru, Lima. January 2-15, 1996.

TAYLOR C.E. y JOLLY R.

1988 “The straw men of primary health care”. En: *Social Science and Medicine*, Vol. 26(9): 971-977.

TAYLOR-IDE D. y TAYLOR C.E.

2002 *Just and Lasting Change – When Communities Own Their Futures*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, in association with Future Generations.

TAYLOR-IDE D. y TAYLOR C. E.

1995 *Community-Based Sustainable Human Development: A Proposal for Going to Scale with Self-Reliant Social Development*. New York: UNICEF Environment Section Programme Division.

TELYUKOV A., GARAVITO M., SOBREVILLA A. y LOO L.

2002 “Design innovations and data needs for the Ambulatory Payment Innovation in the public health sector of Peru”, Partners for Health Reform Plus, Bethesda, Maryland: Abt Associates, Inc. and Project 2000 (MINSAs Peru). Feb. 2002.

TUÑÓN C. *et al*

(sin fecha) *Informe sobre el estado actual de los comités de salud. Análisis preliminar y estrategias*. Panamá: Ministerio de Salud Pública.

UGALDE A. y HOMEDES N.

2002 “Descentralización del sector salud en América Latina”, En: *Gac. Sanit.* Vol. 16(1): 18-29.

UGALDE A.

1985 “Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs”, En: *Social Science and Medicine*, Vol. 21(1): 41-53.

VAZQUEZ M.L., SIQUIERA E., KRUIZE I., DA SILVA A., y LEITE I.C.

2002 “Los procesos de reforma y participación social en salud en América Latina”, En: *Gac. Sanit.* Vol. 16(1): 30-38.

VILLANUEVA E.

2001 “El estado, la participación y la acción pública en el Perú: El caso de los CLAS.” Presentado en el *Taller Internacional sobre Participación y Empoderamiento para un Desarrollo Inclusivo*. Lima, Perú: Banco Mundial/DFID, 9-11 julio 2001

WAGSTAFF A. y WATANABE N.

2001 “Inequidades socioeconómicas en la desnutrición infantil del mundo en vías de desarrollo,” Washington, D.C.: Banco Mundial. Obtenido del sitio: www.worldbank.org - 8 setiembre 2001.

WALSH J.A. y WARREN K.S.

1979 “Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries” En: *New England Journal of Medicine*, Vol. 301(18).

WALT G. (ed.) con GILSON L. *et al.*

1990 *Community Health Workers in National Programmes: Just Another Pair of Hands?* Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press.

WARREN K.S.

1988 “The evolution of selective primary health care”. En: *Social Science and Medicine*, Vol. 26(9): 891-898.

WERNER D.

1980 “Health care and human dignity. A subjective look at community-based rural health programs in Latin America.” En: *Contact*, Special issue N° 3: 91-105.

WISNER B.

1988 “GOBI versus PHC? Some dangers of selective primary health care”. En: *Social Science and Medicine*, Vol. 26(9): 963-969.