

**Informe sobre**

**SALUD, REFORMA,  
PARTICIPACIÓN COMUNITARIA  
E INCLUSIÓN SOCIAL:**

**EL PROGRAMA DE  
ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA**

**RESUMEN EJECUTIVO**

**Agosto de 1998**

Preparado por:  
Laura C. Altobelli, DrPH, MPH

El presente documento es el resumen del informe de sistematización de la experiencia del Programa de Administración Compartida que fue realizado bajo el acuerdo de consultoría N° SSA-98-015 con UNICEF/Perú.

## **SALUD, REFORMA, PARTICIPACIÓN COMUNITARIA E INCLUSIÓN SOCIAL: EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA**

La experiencia del Programa de Administración Compartida (PAC), creado en 1994, ha constituido la expresión más importante de la reforma del sector salud hasta la fecha, puesto que fomenta las tres principales premisas de la reforma: calidad, eficiencia y equidad en los servicios de salud. El programa PAC se distingue por el aspecto de co-administración de los servicios de salud por parte de la comunidad mediante un comité de miembros comunales denominado Comité Local de Administración de Salud (CLAS).

Un CLAS es una entidad privada, sin fines de lucro que está legalmente registrada y está compuesta por tres miembros elegidos por la comunidad y tres miembros seleccionados por el gerente del establecimiento de salud. El séptimo miembro es el gerente del establecimiento, usualmente el médico jefe, quien participa en todas las decisiones del CLAS. En virtud de un contrato legal entre el CLAS y el Ministerio de Salud, los CLAS son responsables de asegurar la implementación del Programa de Salud Local que se desarrolla anualmente sobre la base de un diagnóstico de la salud comunal. Esta responsabilidad del CLAS se traduce en el control social de la calidad y eficiencia de los servicios de salud. Los CLAS tienen el poder para contratar al personal de salud y otros trabajadores para el establecimiento de salud; por lo tanto, los CLAS pueden requerir del personal de salud que trate bien a los miembros de la comunidad. Los CLAS tienen también el poder para tomar decisiones acerca de cómo se deben utilizar los fondos (ya sean fondos transferidos del tesoro público o los pagos recibidos por los servicios); por lo tanto tienden a hacer un uso más eficiente de los recursos públicos, ya que saben mejor las necesidades y prioridades propias de la comunidad, y cuentan con un incentivo para obtener más por menos. Los CLAS están compuestos por miembros de la comunidad que conocen cuales familias en la comunidad son las más necesitadas; por lo que cuentan también con la capacidad de mejorar la equidad en la entrega de servicios de salud. Como institución local, el CLAS ayuda a asegurar la sostenibilidad de los programas de salud y de desarrollo social en la comunidad.

El CLAS por sí solo no representa la participación comunitaria en salud. Por el contrario, el CLAS es solo un componente de la participación ciudadana. A través de la autoridad y responsabilidad que le han sido conferidas, el CLAS facilita el empoderamiento de la comunidad. Este empoderamiento, a su vez, crea un ambiente más favorable para que la comunidad adopte un papel más protagónico en las actividades y comportamientos colectivos e individuales en el área de la salud.

El PAC cubre actualmente más del diez por ciento de los establecimientos de salud del país (611 de aproximadamente 5000 centros y puestos de salud). Su administración en el nivel central del Ministerio de Salud ha pasado recientemente de ser un proyecto aislado, casi independiente, a estar incorporado en el PAAG (*Programa de Administración de Acuerdos de Gestión*) junto con el PSBPT (*Programa de Salud Básica para Todos*). Así,

el PAC está dotado de un apoyo político cada vez mayor y de perspectivas positivas para su futura expansión.

El presente documento es un análisis cualitativo y cuantitativo del PAC que fue realizado en el marco de trabajo de la revisión de medio término de la cooperación de Perú-UNICEF de 1996-2000. La metodología cualitativa utilizada para el presente análisis incluyó: una revisión de los estudios y evaluaciones previas del PAC; entrevistas con funcionarios claves del Ministerio de Salud; y una revisión del desarrollo del PAC en dos Sub-regiones de Salud del Perú (Ayacucho y Chíncha/Ica), incluyendo entrevistas con los funcionarios claves y visitas a CLAS en ambas Sub-regiones. También, se realizó un análisis cuantitativo de los datos de la encuesta nacional de ENNIV '97 (Encuesta Nacional de Niveles de Vida, Instituto Cuánto, S.A.) comparando grupos de muestreo con y sin CLAS sobre una serie de variables de utilización de los servicios de la salud y de gastos en consultas y medicamentos.

## **CONCLUSIONES**

1. La participación de la ciudadanía en los CLAS es un mecanismo efectivo para mejorar la calidad de atención, la producción de servicios de salud y la transparencia en el uso de fondos públicos mediante el control comunal al establecimiento de salud. Esto tiene como resultado un mayor uso de los servicios de salud tanto preventivos como recuperativos, y por inducción, mejores resultados en la salud. La flexibilidad administrativa proporcionada por el hecho que el CLAS es privado y sin fines de lucro permite múltiples maneras de potenciar la inversión del sector público en los servicios de salud que se limita tan solo por el nivel de creatividad de las personas involucrada.
2. El PAC es visto por algunos en el Ministerio de Salud como uno entre varios medios posibles para alcanzar las metas de la reforma del sector salud. El principal punto en cuestión es la aplicabilidad del modelo PAC/CLAS en las áreas de extrema pobreza y analfabetismo, en donde la capacidad de la comunidad para co-administrar el establecimiento es puesta en duda. Una innovación en la nueva directiva de PAC que podría empezar a resolver este asunto es permitir que un CLAS se encargue de un centro de salud y la red de puestos de salud en su área de influencia. Se debería implementar investigación operativa para probar este nuevo modelo. Es evidente que hay aspectos de la capacitación y el apoyo al programa que necesitan resolverse con todos los tipos de población. Se podría considerar desarrollar otras adaptaciones del programa a los distintos tipos de población. Siguiendo los principios de la participación comunitaria, las adaptaciones más exitosas serán las que incluyan a la comunidad y a los administradores de mando medio en la planificación y diseño de las adaptaciones.
3. Se deben desarrollar mecanismos para orientar de manera efectiva a cada CLAS hacia los métodos y actividades que mejor promuevan la salud y la equidad en la comunidad. Hacia ellos se deben dirigir los recursos y las energías. El enfoque debe centrarse ahora en consolidar el concepto y la práctica de la co-administración de los establecimientos de salud pública por parte del estado y de la sociedad civil organizada, especialmente en las áreas del relevamiento de información

epidemiológica sobre el estado de salud de los pobladores y el uso de servicios de salud en la comunidad, la priorización de los problemas, la planificación y monitoreo local, y la administración financiera y del personal y logística, bajo la ley privada. Otras áreas de orientación importantes que ahora son necesarias son los conceptos generales y los métodos de promoción y prevención de la salud individual y familiar, de salud y seguridad ambiental, empoderamiento de la comunidad y equidad en la salud.

4. Es importante reconocer la confusión que existe con respecto a los términos: "participación ciudadana" y "participación comunitaria". Hacen falta expectativas más realistas acerca de la participación civil en la administración de los servicios públicos. Al mismo tiempo, se necesitan nuevos métodos para orientar a los trabajadores de salud y a las comunidades hacia las posibilidades e instrumentación de su participación.
5. Es una expectativa demasiado grande esperar que la sola existencia de un CLAS mejore la participación comunitaria. Sin embargo, podemos deducir que hay un mayor potencial para que el PAC/CLAS estimule la participación comunitaria a lo largo del tiempo. Esta deducción proviene del hecho de que la estructura del PAC/CLAS contribuye al empoderamiento de la comunidad mediante el control que se le permite ejercer a la comunidad en los servicios públicos. El nivel de empoderamiento alcanzado en una comunidad mediante el PAC/CLAS depende de una constelación de factores. Los factores de mayor importancia incluyen: 1) la medida en la que los miembros del CLAS se elijan democráticamente para que se escojan a los verdaderos líderes, 2) la capacidad personal y características de liderazgo del gerente del establecimiento de salud, y 3) la efectividad de los esfuerzos para orientar y/o motivar a la comunidad. Otros factores de importancia son: 4) la permanencia del personal de salud en la comunidad, y 5) la consistencia del apoyo administrativo y de supervisión de la UTES y Sub-región.
6. En resumen, en la medida que la comunidad participe en la co-administración del CLAS, que a su vez apoya el empoderamiento de la comunidad, se mejorarán las oportunidades para la participación comunitaria en las acciones de salud en la comunidad y en el ámbito individual y familiar.
7. Hace falta todavía trabajar mucho para promover la equidad en la atención a la salud. Mientras que la participación comunitaria mediante el CLAS ofrece mayores oportunidades de identificar a los indigentes y proporcionarles servicios, los arreglos macro-financieros del PAC necesitan perfeccionarse para ofrecer presupuestos más grandes para los CLAS de áreas pobres para que se puedan proporcionar más exoneraciones a la población más necesitada. Al mismo tiempo, todos los CLAS necesitan una mejor orientación sobre las expectativas del sector salud y sobre los métodos específicos que se pueden utilizar para lograr una mayor equidad.
8. Los principales obstáculos y necesidades para el desarrollo de los CLAS han sido --  
A nivel central:
  - La necesidad de un análisis progresivo y sistemático del desarrollo de los CLAS para identificar los problemas claves que podrían resolverse con el apoyo central.

- La necesidad de procurar el cambio de la legislación con respecto a la exoneración de impuestos para los CLAS.
- La necesidad de proporcionar un financiamiento básico a las oficinas subnacionales de salud para los costos de supervisión y asistencia técnica para las actividades de desarrollo comunitario para establecer y apoyar a los CLAS.
- La necesidad de avanzar hacia la estandarización de los sistemas de información de los establecimientos con y sin CLAS, sin retroceder en los avances logrados en los CLAS con respecto al diagnóstico comunitario y la planificación, monitoreo y evaluación en el ámbito local.
- La necesidad de revisar los requerimientos programáticos diseñados a nivel central para los programas verticales de salud que se basan en metas proporcionales de servicios prestados con denominadores poblacionales desconocidos. Esto serviría para evitar la confusión con los requerimientos para los Programas de Salud Local que se basan en el conteo exacto de la población a nivel comunitario.

A nivel departamental:

- La necesidad de un claro mandato por parte del Gobierno Central para apoyar los CLAS.
- La necesidad de aclarar las instrucciones sobre el papel de las Sub-regiones con respecto al PAC/CLAS.
- La falta de apoyo financiero para comprometer al personal y vehículos para que ayuden a las comunidades a organizar los CLAS (asegurando de esa manera una mejor representación en cada comunidad) y para supervisar/capacitar constantemente al gerente del establecimiento, al personal de salud y a los miembros de CLAS.

En los establecimientos de salud:

- Una inadecuada capacitación/preparación de los gerentes de CLAS con respecto a contenidos de salud pública.
- Generalmente, falta de habilidades en la administración básica financiera y del personal en cuanto a las leyes del sector privado.

## **RECOMENDACIONES**

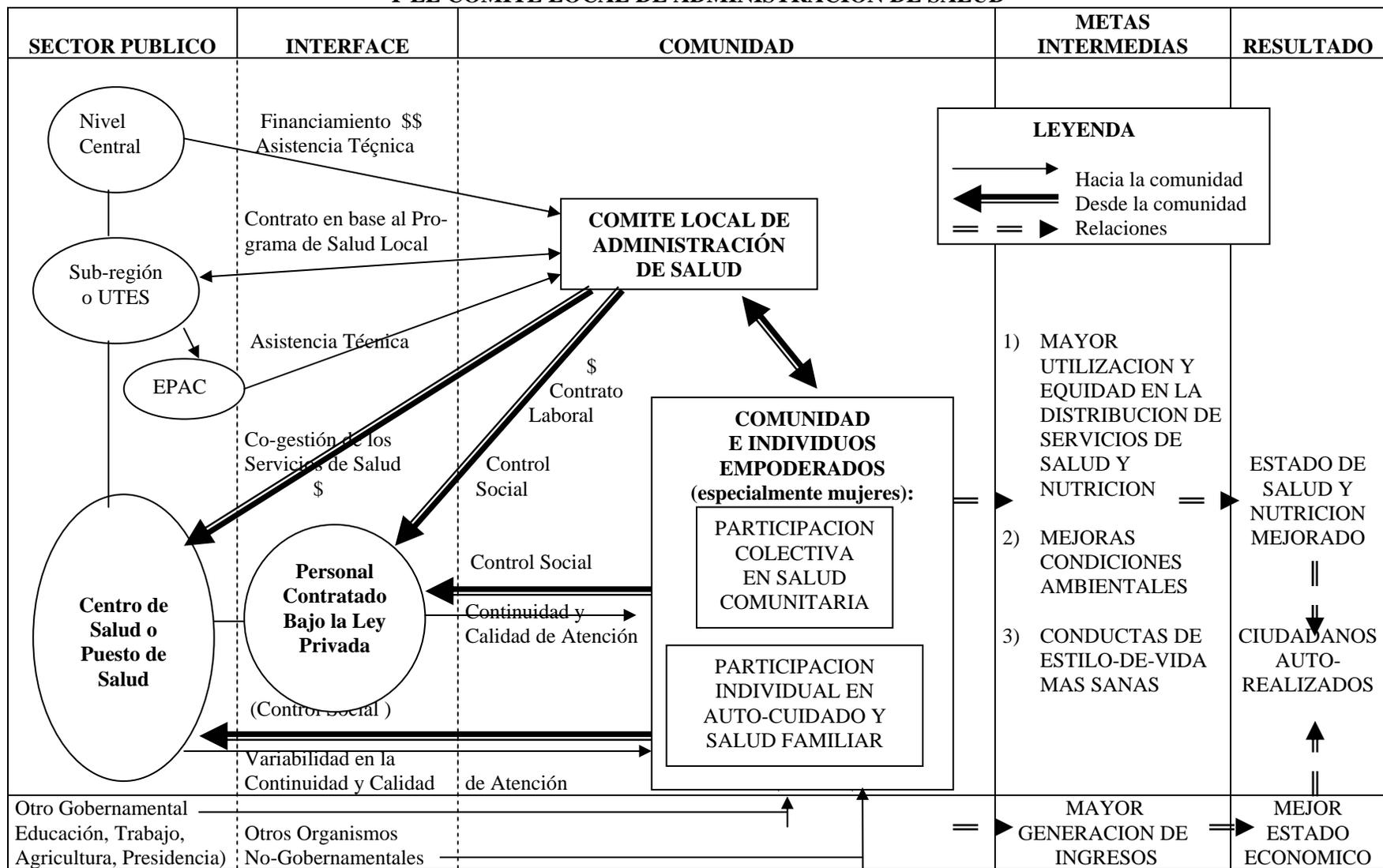
### **Implicancias y Tareas para el Desarrollo Futuro del PAC/CLAS**

1. Crear a todo nivel una imagen de permanencia del PAC/CLAS como una forma viable de organización de los servicios de salud que va más allá del proyecto piloto. A pesar de que el programa podría o no implementarse en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, es necesario proporcionar al programa un apoyo político y material consistente para que siga floreciendo y prosperando en los establecimientos en donde ya se ha implantado.
2. Centrarse en las metas de la salud -- Es de vital importancia mantener la visión de las metas finales del sector salud con respecto a la reducción de la morbilidad y mortalidad de la población. Evitar una sobre-énfasis en los procedimientos administrativos.

3. Centrarse en acciones de salud integradas -- Reconocer que los CLAS no existen solamente para proporcionar una atención de la salud de bajo costo o de alta calidad, sino que el desarrollo de individuos y comunidades saludables depende de una serie de factores adicionales tales como el medio ambiente, los comportamientos de los estilos de vida (tales como el consumo de alcohol, la violencia doméstica, los hábitos alimenticios, el ejercicio, la higiene) y el autocuidado (incluyendo el reconocimiento temprano y el tratamiento casero de enfermedades, y saber cuándo buscar la atención fuera del hogar).
4. Planificación de la salud -- Involucrar a la comunidad en más aspectos de la planificación de la salud para que se involucren personalmente en el cuidado de su propia salud y la de sus familias y de su comunidad, así como una participación conjunta para trabajar juntos para resolver problemas de toda la comunidad, tales como mejorar el medio ambiente y otros servicios sociales.
5. Una orientación hacia metas de salud específicas -- Orientar a los CLAS a organizar a la comunidad para enfatizar los problemas principales de salud, y cómo la comunidad puede actuar en forma conjunta e individual para enfrentar dichos problemas, por ejemplo (pero sin limitarse a):
  - Enfoque en la mortalidad materna y la salud materna -- análisis comunitario de las muertes maternas; comités para la prevención de la muerte materna, etc.
  - Enfoque en la mortalidad infantil y la salud y nutrición infantil -- comités comunitarios para el análisis y la prevención de las muertes perinatales e infantiles; etc.
  - Enfoque en la prevención de accidentes y lesiones - análisis comunitario de muertes debido a accidentes y lesiones; campañas comunitarias de toma de conciencia para la prevención de accidentes y lesiones.
  - Enfoque en la morbilidad crónica -- análisis comunitario de las muertes en adultos; campañas para la medición de la presión sanguínea; monitoreo y educación de adultos con hipertensión arterial y otro tipo de morbilidad crónica; orientación comunitaria para la nutrición preventiva en adultos.
6. Epidemiología comunitaria -- Enfatizarla como una actividad comunitaria que sirva como herramienta educativa efectiva que puede contribuir ampliamente a los cambios en los comportamientos de salud por parte de la comunidad en las áreas de prioridad sugeridas anteriormente.
7. Equidad -- A pesar de que puedan realizarse esfuerzos a nivel comunitario para identificar y servir a aquellas familias con mayor necesidad (equidad a nivel local), se debe reconocer que un sistema de salud equitativo depende principalmente de las decisiones centrales y regionales para la asignación de fondos -- brindando un mayor apoyo a las áreas geográficas más necesitadas según la proporción de la población con niveles más altos de necesidades básicas insatisfechas (equidad del sistema de salud). Los CLAS contribuyen con la equidad a nivel local, pero no se puede esperar que resuelvan el problema de la equidad del sistema de salud simplemente por su naturaleza de co-administración con la comunidad. La habilidad de cada CLAS para exonerar el pago por servicios cuando sea necesario, especialmente en áreas de mayor pobreza global, dependerá de estas decisiones a nivel central y regional.

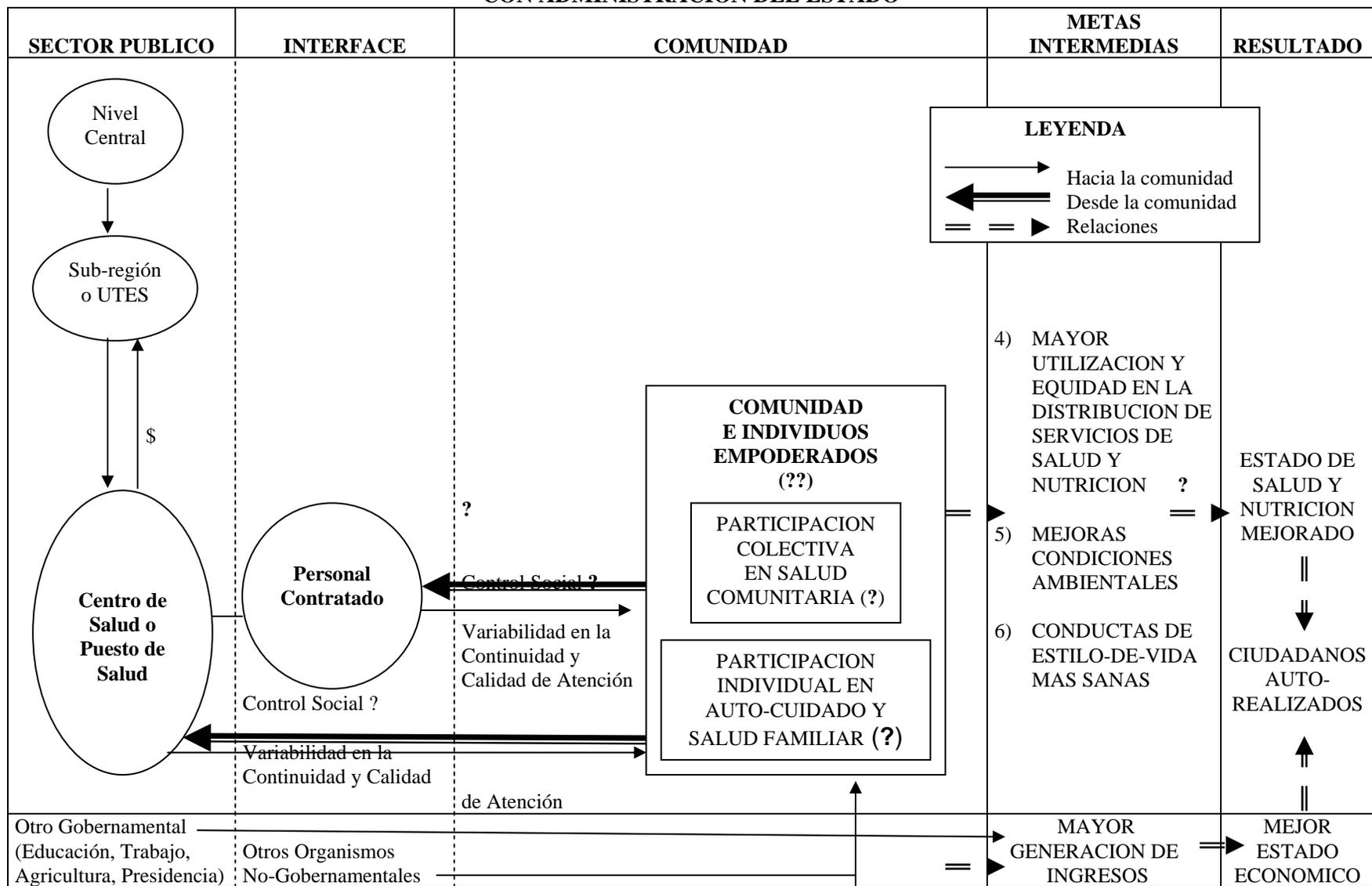
8. Inclusión social --
  - Los CLAS necesitan orientarse a medidas específicas para promover la equidad y la inclusión social a nivel local, incluyendo cómo crear una lista de indigentes para cada CLAS.
  - Mejorar el sistema de información para implementar el uso de indicadores de inclusión social. Por ejemplo, se debería mantener un registro de familias indigentes y monitorear su estado de salud y su utilización de los servicios de salud.
9. Capacitación en la gestión - Reconociendo la naturaleza compleja del desarrollo humano y comunitario, se ha propuesto una metodología de **capacitación horizontal** para el desarrollo humano sostenible basado en la comunidad que es aplicable al fortalecimiento y difusión del concepto del CLAS. La metodología sigue tres pasos:
  - Selección de comunidades CLAS como ejemplos de aprendizaje.
  - Desarrollo de dichas comunidades como “Centros Demostrativos para la Experimentación y Aprendizaje Participativo”.
  - Expansión de la experiencia a otras comunidades mediante la “Colaboración Sostenible para el Aprendizaje Adaptivo y Extensión”, enviando personas de otros CLAS al “Centro Demostrativo” para observar y aprender (Taylor-Ide y Taylor, 1995).

**MODELO DEL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA (PAC)  
Y EL COMITÉ LOCAL DE ADMINISTRACION DE SALUD**



LCA 8/98

**MODELO DEL FUNCIONAMIENTO DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD  
CON ADMINISTRACION DEL ESTADO**



LCA 8/98