



**TALLER INTERNACIONAL SOBRE PARTICIPACIÓN Y
EMPODERAMIENTO
PARA UN DESARROLLO INCLUSIVO**

Perú, 9 a 11 de Julio de 2001

***“CLAS: UNA EXPERIENCIA PERUANA
DE EMPODERAMIENTO EN SALUD”***

Dr. Ricardo Díaz Romero

“CLAS: UNA EXPERIENCIA PERUANA DE EMPODERAMIENTO EN SALUD”

Dr. Ricardo Díaz Romero

Diapositiva 1

1. Información General.

- **Expansión.**
 - Departamentos donde funcionan CLAS: Actualmente en todos (24 departamentos del Perú).
 - 20% de los establecimientos del primer nivel de atención.
 - 2892 miembros de la comunidad directivos de CLAS participan de la administración compartida actualmente, pero se estima que 6,000 han coadministrado desde el inicio del Programa.
 - Población bajo responsabilidad de CLAS: 6'000,000 habitantes

EVOLUCIÓN DEL CRECIMIENTO DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA

	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Nº de centros/ Puestos de salud en CLAS	133	435	611	611	637	985	1242
Nº habitantes en la jurisdicción de CLAS	958,473	3,012,403	3,200,000	3,200,000	4,000,000	5,000,000	6,000,000

Diapositiva 2

2. Operación.

- Legal. Constitución como asociación. Suscripción del Contrato con el Estado. Formalización de sus operaciones tributarias, administrativas, institucionales.
- Financiera Tesoro público y recursos directamente recaudados. Transferencia directa. Mecanismos de control.
- Participación comunitaria. Proceso de conformación. Elección. Órganos de gobierno roles.
- Administración. Recursos públicos bajo normatividad aplicable a la actividad privada. Formas organizativas (CLAS establecimiento, CLAS Agregado, CLAS “red”). El PSL.

Diapositiva 3

3. Empoderamiento.

- a. Manejo de recursos. Contrata, evalúa y recontracta personal, compran bienes y servicios
- b. Control social. Cantidad, Oportunidad de atención a la salud. Cumplimiento de horarios. Condiciones de atención. Transparencia del uso de recursos.
- c. Ejercicio de derechos y deberes. Información sobre recursos y salud. Exoneraciones. Rendición de cuentas. Calidad de atención.
- d. Dinámica de representación social. (Elección y remoción). Periodo de alternancia.

Diapositiva 4

4. Logros y limitaciones.

LOGROS:

- El Programa de Salud Local.
- La seguridad jurídica.
- Institucionalización
- Incremento de la equidad y calidad de servicios.

Diapositiva 5

LIMITACIONES

1. **Participación comunitaria.** La participación de la comunidad es buena aproximadamente en el 60% de CLAS, moderada en el 30% y mala en el 10% en el nivel nacional Sin embargo, como toda construcción social, esto varía en el tiempo. La tendencia actualmente es decreciente debido a condicionantes económicos precipitantes.
2. **Capacitación.** En la mayoría de los casos, CLAS recibe escasa capacitación. Regularmente reciben una capacitación al año. En la mayoría de las veces no asiste todo el Consejo Directivo sino uno de sus miembros y el gerente de CLAS.
3. **Administración de medicamentos** En este campo, poco se ha desarrollado en la dirección de una administración eficiente y equitativa de medicamentos para los usuarios de los servicios administrados por CLAS. Asimismo se ha explorado poco sobre la complementariedad del tratamiento farmacológico con el uso de hierbas medicinales. Otro aspecto importante en la administración de medicamentos por CLAS, es el uso racional de los mismos.
4. **Manejo de información sanitaria local y censo**
Un porcentaje menor de CLAS realiza censo de población asignada pero la mayoría no lo hace. Las Asociaciones que realizan censo tiene dificultades para su procesamiento, presentación de resultados y difusión. Tampoco se usan regularmente indicadores de resultados para evaluar la intervención de CLAS ni el nivel de avance en los indicadores de salud de la población.
5. **Difusión a la comunidad.** La población en la jurisdicción de la Asociación CLAS tiene escasa información sobre el Programa de Administración Compartida, el rol de la participación comunitaria y los planes y resultados de este modelo de gestión para la comunidad.
6. **Administración de seguros públicos.** Tal como el seguro escolar que produce un incremento de la demanda de atenciones a escolares y generan necesidad de arreglos en la oferta de CLAS ya que incrementa el requerimiento de personal, de equipo y sistemas de registro, afecta el abastecimiento de la farmacia y la disponibilidad oportuna de los recursos recaudados por prestación para el seguro, entre otras cosas.

Diapositiva 6

5. Lecciones.

- Rol de los actores (Estado).
- Valores y criterios empresariales.

Diapositiva 7

6. Balance

I. DESDE EL PUNTO DE VISTA SOCIO-ECONÓMICO

1. **PARTICIPACIÓN DE LA POBLACION.** La participación comunitaria en el sector salud no se inicia con la creación de las Asociaciones CLAS, ha existido siempre en el Perú pero lo que sí inaugura CLAS, es un nuevo espacio de participación: en la administración de los recursos públicos en el nivel local. Se inicia también otra calidad de participación.
2. **EMPODERAMIENTO.** Si se generan condiciones favorables para la participación comunitaria, se incrementarían los canales de participación y control social de los servicios. La población asume y comparte responsabilidad por su salud. Se identifica con sus servicios.
3. **DESARROLLO LOCAL.** Intersectorialidad. Salud como parte del desarrollo. Organización comunitaria.
4. **DESCENTRALIZACIÓN.** Condiciones para la transferencia de poder de decisión en el nivel local. Transferencia directa de recursos (a la cuenta corriente de cada CLAS).
5. **INSTITUCIONALIZACION.** Clas está habilitado para operar formalmente en el sistema bancario, tributario, administrativo debido a su personería jurídica.

Diapositiva 8

II. DESDE EL PUNTO DE VISTA DE POLÍTICA DE SALUD

1. **APORTES PARA UNA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.** Beneficios sociales. Cultura organizacional nueva.
2. **MODERNIZACION DEL SECTOR.** Introducción de nuevos enfoques de gestión, financiamiento, incentivos, participación, descentralización, planeamiento estratégico local.
3. **RESTRUCTURACIÓN.** Oportunidad para virar el rol del nivel Central y las DISAS hacia la regulación, normación y gobierno abandonando la administración y prestación directa. Nuevo marco jurídico.

III. DESDE EL PUNTO DE VISTA DE RESULTADOS SANITARIOS: EQUIDAD, CALIDAD, EFICIENCIA.

1. **CALIDAD.** Menor tiempo de espera. Mejor trato,
2. **EQUIDAD.** Escala de Tarifas, exonerados, cobertura,
3. **EFICIENCIA.** Uso transparente de recursos. Flexibilidad en la ejecución y rendición del recurso público. Administración por objetivos sanitarios priorizados en la programación local (Optimización de recursos en el PSL).

Diapositiva 9

5. Perspectivas.

- **Redimensionar:**
Inscribir en un nuevo marco participativo y social la experiencia CLAS.
- **Reubicar :**
Ubicarlo como parte del proceso de descentralización y democratización del Estado. Política de Estado. Conducción y gobierno. Le cabe un rol irrenunciable al Nivel Central en retomar la conducción del Programa en el ámbito nacional desarrollando innovaciones para profundizar y fortalecer el modelo de gestión articulándolo al nuevo contexto político y social del sector y del país. Apoyo técnico y seguimiento por parte de las Direcciones Regionales de Salud.
- **Ajustar y perfeccionar:**
Mecanismos de descentralización, gestión y participación comunitaria actualmente establecidos. Condiciones para la participación comunitaria efectiva: Capacidad de decisión: recursos, planificación de salud, intercambio de experiencias entre los CLAS, capacitaciones periódicas y sistemáticas a los miembros de CLAS.

**TALLER INTERNACIONAL SOBRE
PARTICIPACIÓN Y EMPODERAMIENTO**
Perú, 9-11 de julio de 2001

COMENTARIOS SOBRE EL CASO DE CLAS

COMENTARISTA: Laura C. Altobelli¹

CLAS EN LA REFORMA DE SALUD

- CLAS es una de las únicas manifestaciones de la reforma del sector salud hasta la fecha.
- Cada CLAS es tan distinto entre sí, igual como las personas y las comunidades tienen su propio carácter.
- A pesar de la normatividad de CLAS, existe un abanico de maneras de balancear el "poder" que se ejerce entre el establecimiento de salud y la comunidad, y esto cambia con el tiempo.
- La formación de un CLAS es un PROCESO.
- La normatividad de CLAS deja abierta la puerta de creatividad de la comunidad para resolver sus propios problemas, y no depender 100% del Estado. (p.e. generación de recursos de fuentes ajenas,

*Equidad - T. adm
↑ medicat
Eficiencia - ↑ demand
Calidad - control soc.
o RAAH
↑ Cb. med
↑ uso de
familia
Introducción
Ejemplos*

PARTICIPACION Y EMPODERAMIENTO EN SALUD CON LOS CLAS

- ✓ Polémica de años en el sector salud sobre como se define "participación comunitaria" en salud, tanto que la Oficina de Participación Comunitaria del MINSA probablemente no se desempeña bien porque el tema no esta claro.
Posibles definiciones:
 - Existe un promotor de salud en la comunidad.
 - Auto-cuidado de la salud.
 - Mano de obra de miembros de la comunidad en saneamiento comunal o otras tareas para promover la salud.
 - Participación ciudadana en la administración de los servicios públicos (nueva definición introducida con los CLAS).
- ✓ Como es la participación en CLAS?
 - Pagan las cuentas, sueldos y impuestos.
 - Toman decisiones sobre los gastos que efectua el establecimiento tanto con los fondos transferidos como con los ingresos propios.
 - Deciden que personal contrata para trabajar en el establecimiento.
 - Ayudan con el censo comunal de salud.
 - Revisan y aprueban el plan de salud local (PSL).
 - Monitorean la implementación del PSL.
 - Apoyan al personal de salud con actividades promocionales en la comunidad con el megáfono.
 - Comunican directamente con miembros de la comunidad para convencerlos a asistir al establecimiento

Es básicamente la participación de la sociedad civil en la administración de los servicios de salud (los primeros tres puntos) hasta la fecha.

¹ Doctorado y Maestría en Salud Pública, Consultora en Salud Pública.

✓ Empoderamiento en CLAS?

CLAS da las condiciones para que se empodera una comunidad, pero la comunidad no esta empoderada necesariamente por el hecho de tener un CLAS. CLAS es una condición necesaria, pero no suficiente, para el empoderamiento.

✓ Empoderamiento individual, grupal o comunal en CLAS?

Si los CLAS otorgaran:

- El empoderamiento **individual**— cada persona tomaría responsabilidad por su salud, con prácticas saludables. Tiene que ver con INFORMACIÓN. (No se da todavía)
- El empoderamiento **grupal**-- los miembros de la asamblea general y consejo directivo de CLAS en cada comunidad tomaría un rol protagónico tanto en la administración financiera y logística de los servicios de salud, como en su rol como nexo con la comunidad. Tiene que ver con PARTICIPACIÓN. (Se da el primer rol, no tanto el segundo)
- El empoderamiento **comunal**— todos los miembros de la comunidad sabrían que es un CLAS; participaría en la selección y votación de representantes en del CLAS; y todos los grupos sociales, especialmente los más débiles, conocerían sus derechos a la atención de salud, tendrían información completa sobre la oferta de servicios, opinarían sobre la calidad de servicios y exigirían sus derechos. Tiene que ver con RENDICIÓN DE CUENTAS, INFORMACION Y INCLUSIÓN. (No se da todavía en todos los casos)

✓ Factores de éxito en las experiencias de participación de los CLAS:

- Los miembros de CLAS son elegidos democráticamente.
- Los miembros de CLAS representan diferentes sectores de la comunidad.
- Hay mujeres incluídas en el comité CLAS.
- Por lo menos un miembro de CLAS tiene destrezas (si bien por experiencia previa o capacitación reciente) en administración y gerencia.
- El gerente de CLAS esta comprometido a trabajar con la comunidad y resolver problemas de salud de la comunidad.
- El gerente de CLAS tiene una orientación y dedicación a la salud comunitaria, y no solo a la atención de pacientes en la consulta.

✓ Factores que contribuyen al empoderamiento a través de un CLAS:

- La capacidad personal y características de liderazgo del gerente del establecimiento.
- El grado de democracia con que se elige los miembros de CLAS para que se escogen los líderes verdaderos de la comunidad.
- La efectividad de los esfuerzos para orientar o informar a la comunidad sobre su participación en salud.

Luego,

- La mayor permanencia de personal de salud en la comunidad (versus PSBPT).
- La sostenibilidad/continuidad de supervisión y apoyo de la UTES y DISA.

TEMAS DE FONDO PARA LOS CLAS

1. Educación y información a la población sobre la salud y higiene.
Como el comité CLAS puede propiciar mayor difusión de información en la comunidad a través de varios mecanismos.
2. La organización de salud comunitaria.
Como el comité CLAS puede propiciar redes de agentes comunitarios de salud para extender la llegada de los servicios de salud a la comunidad, y trabajar en la salud preventiva.
3. CLAS individual versus CLAS agregado.
Existe el interrogatorio si la participación y el empoderamiento pueden florecer igualmente en los dos modelos. Que modificaciones tendrían que hacer los CLAS agregados para no perder estos aspectos?
4. La definición del rol de municipalidades con los CLAS.
Interrogatorio si los municipios deberían/podrían intervenir en la administración de CLAS?
Interrogatorio si los municipios podrían fortalecerse para desarrollar otro rol que ya tienen asignados en la promoción y educación en salud y saneamiento.
5. Apoyo de las DISAs a los CLAS.
Sin el cuál los CLAS no pueden desarrollarse bien.
6. Futuro de CLAS como núcleos de desarrollo.
Propuesta de ligar CLAS y FONCODES. CLAS como núcleo ejecutor de fondos, más permanente y sostenible en la comunidad.