

INFORME DETALLADO DE LA EVALUACIÓN

Dr. Carl Taylor

Términos de referencia:

Para esta evaluación me he desempeñado como consultor del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud del Banco Interamericano de Desarrollo en el Perú y para el Ministerio de Salud Pública del Perú, haciéndose las coordinaciones con la OPS. El propósito fue "ayudar al programa en el diseño de una evaluación del Programa de Administración Compartida y de las unidades básicas CLAS a nivel comunitario". Los productos mencionados en el Propósito del Trabajo fueron:

1. Sugerencias para el proceso de evaluación para los CLAS, incluyendo los que serían los indicadores mas útiles.
2. Sugerencias respecto a la recolección exhaustiva de información necesaria para la evaluación de los CLAS, las mejores formas de procesar tal información, así como de cualquier otro punto especial de interés.
3. Recomendaciones para las modificaciones en los métodos actualmente empleados para implementar los CLAS.

Las dos semanas empleadas para esta evaluación incluyeron 8 días de intenso trabajo de campo en cuatro áreas: Cuzco, Lima, Tacna y Loreto (Iquitos), que incluyó el viaje hacia estos lugares. Esto significó que se pasó muy poco tiempo en Lima. Es con gran placer que agradezco el excelente apoyo y cooperación que ha hecho a esta consultoría tanto productiva como agradable. Agradezco el tiempo y el interés dados a esta actividad por el ViceMinistro Dr. Alejandro Aguinaga R. Los sobresalientes profesionales del Ministerio de Salud que me acompañaron en mis viajes de campo facilitaron la gran magnitud de aprendizaje rápido que me fue necesario para comprender la compleja dinámica de las transiciones actuales. Muchas personas contribuyeron, pero agradezco particularmente al Lic. Carlos Bendezú, y al Dr. Diego Gonzales, quienes me acompañaron en el trabajo de campo, así como a los líderes de las Subregiones en Cuzco, Lima, Tacna e Iquitos. Los altos funcionarios tales como el Dr. Meloni, el Dr. Zárate y los miembros del equipo de Reforma en Salud me ayudaron en guiar mis pensamientos. Del Banco Interamericano de Desarrollo agradezco particularmente la calidad extremadamente alta de competencia profesional con la que la Dra. Laura Altobelli ha tenido para apoyar este trabajo y para acompañarme en las actividades de campo. Los funcionarios de la OPS, particularmente el Dr. Horacio Lores fueron extremadamente útiles. Lo más importante, debo agradecer a los cientos de trabajadores de salud y a los representantes de la comunidad que han sido maravillosamente francos e introspectivos al compartir sus resaltantes experiencias durante los últimos 15 meses desde que se iniciaron los CLAS.

Información Preliminar

Experiencia Internacional en Atención Primaria de Salud Basada en la Comunidad

La reforma del sistema de salud se ha vuelto una prioridad urgente en muchas naciones en todo el mundo. En las naciones más pudientes, tales como los Estados Unidos, el debilitamiento de los esfuerzos racionales para reformar el sistema está dando por resultado números crecientes de personas que están siendo dejadas sin un servicio de salud mínimo. Los costos crecientes muestran que los mecanismos de mercado no funcionan para la salud debido a que los mecanismos de distribución no son controlados por los consumidores sino por los proveedores. La experiencia norteamericana muestra que la oposición de las asociaciones médicas, los hospitales y de la industria farmacéutica ante las reformas importantes van a continuar ya que son finalmente controlados por intereses creados. Los costos de la atención en salud se incrementan, mientras que los servicios preventivos, los cambios de conducta y la atención para los más necesitados son ignorados en un momento en que los gastos de los servicios consumen una proporción no razonable de la economía.

Afortunadamente, el Perú está tomando un enfoque mucho más racional que los Estados Unidos en la reforma de los servicios de salud y ha establecido políticas que dan esperanza, tales como la descentralización, dando a las comunidades mayor control sobre el propio cuidado de la salud, la integración de los servicios, una provisión balanceada entre servicios curativos y preventivos y especialmente una genuina vocación hacia la equidad.

Aún cuando las naciones ricas tienen sistemas de salud que han sido totalmente distorsionados por una obsesión por la alta tecnología, la atención de especialistas, ha habido un progreso resaltante en el resto del mundo en la búsqueda de formas de mejorar la salud como parte de un desarrollo social sostenible. En los últimos cuarenta años de acuerdo a UNICEF y al Banco Mundial, "la supervivencia infantil ha mejorado más que en toda la historia de la humanidad". Los esfuerzos sistemáticos para llegar a quienes nunca se había llegado, con intervenciones de salud equitativas, de bajo costo, simples y efectivas. El punto de inflexión se dio en la Conferencia Mundial en Atención Primaria de Salud en Alta Atá en 1978 patrocinada por la OMS y la UNICEF. Se definieron tres grandes pilares de la atención primaria: periferización de los servicios de salud para llevar la atención lo más cerca en los hogares de las personas como sea posible, la participación comunitaria y el compromiso intersectorial. Durante los últimos 18 años, el mundo, y especialmente Latinoamérica lo han hecho bastante bien en el primer objetivo, pero bastante mal en los otros dos. En la mayoría de países se ha construido una gran infraestructura que hace posible implementar programas verticales aplicando intervenciones simples como las inmunizaciones y la planificación familiar.

Sin embargo, cada vez se reconoce más que, para que tales programas sean eventualmente sostenibles con los recursos locales, es necesaria la integración de los servicios así como un amplio apoyo de la comunidad. La continua polarización de las discusiones de enfoques de arriba hacia abajo vs. de abajo hacia arriba, ha retrasado la implementación de los cambios necesarios. Ha habido una sorprendente resistencia a aceptar que en realidad ambos son necesarios pero para funciones diferentes. Un número creciente de naciones, particularmente de Asia, ha demostrado el potencial de un enfoque con balance óptimo. El proceso ha sido descrito en un volumen llamado "Desarrollo Humano Sostenible Basado en la Comunidad", publicado por la Sección Ambiental de la UNICEF para la cumbre mundial en desarrollo Social en Copenhague en Marzo, 1995. (1). Recopila la experiencia internacional que muestra varios modelos para resolver la máxima dificultad en los programas

previos, que es que aunque los proyectos basados en la comunidad son notablemente exitosos al nivel local, existe una gran dificultad para promover su expansión a nivel nacional.

El asunto clave es que ya que cada comunidad es diferente, las alternativas de organización con base en la comunidad debe ser también únicas para ajustarse a las necesidades locales. Ahora sabemos, sin embargo, que hay procesos sistemáticos que pueden ser empleados para desarrollar soluciones locales apropiadas y adaptar su implementación. El proceso incluye tres fases: Escala 1 - Selección de comunidades como ejemplos de aprendizaje, Escala cuadrada - transformar aquellos proyectos en centros de auto-ayuda para el aprendizaje y experimentación en servicio, Escala cúbica - empleando luego aquellos centros para la colaboración sostenible en aprendizaje y extensión adaptativos. Este enfoque puede ser ahora aplicado en la reforma Sanitaria del Perú.

Desarrollos en el Perú

El Perú está llevando a cabo un firme y valiente esfuerzo de reformar su sistema de salud. Este programa de alta prioridad tiene un gran compromiso de evitar algunos de los errores hechos por otros esfuerzos de reforma del sistema de salud nacionales, tales como en USA. El Dr. Diego Gonzales, la cabeza del Grupo de Trabajo de Reforma en Salud dió una excelente reseña que presentó la base filosófica una política nacional y una nueva visión para el futuro beneficio para todos. Están buscando un nuevo paradigma basado en siete procesos: determinación política de la política de salud, gobernabilidad basada en la cultura con un balance entre las fuerzas del mercado y el sector público, gerencia mejorada de los bienes públicos, mejor producción para hacer el mejor uso de los limitados recursos para la salud, dando prioridad a los pobres y llegando a los que usualmente no se ha llegado, a los cambios de estilo de vida y cambios de conducta y mejoramiento del medio ambiente para las generaciones siguientes. El interés en un nuevo balance en el consumo va a requerir movilizar el poder y la responsabilidad hacia las personas, con una eficacia mejorada por la participación real del pueblo. Indicó que el Programa de los CLAS es considerado parte de la reforma de la salud, debido a que muestra cómo el componente comunitario puede ser exitoso, dentro de un nuevo esquema de descentralización y de flexibilidad local. El cambio está lejos de las elucubraciones de si la propiedad de los establecimientos de salud deba estar en el gobierno, en los profesionales de salud, o incluso en el sector privado, sino que dichos entes deben apoyar la propiedad descentralizada por parte de las personas. El CLAS proporciona una excelente oportunidad para explorar y adaptar el rol de la comunidad.

Por supuesto, hay también varios otros programas a nivel nacional para mejorar los servicios de salud. La mayoría son apoyados por agencias externas y se enfocan en necesidades particulares como: entrenamiento profesional, planificación familiar, y diferentes programas especiales. Es especialmente importante que hay un programa mucho mas grande, Salud Básica para Todos, que fue iniciado al mismo tiempo que los CLAS. Este esfuerzo con un fuerte financiamiento y con grandes recursos humanos ha tomado la forma de un programa urgente y tremendamente significativo para compensar muchos años de descuido de cuidados de atención primaria de salud antes de que la administración actual fijara las prioridades actuales. Están haciendo un excelente trabajo en el mejoramiento de la infraestructura física y los recursos humanos en mas de 4000 centros y puestos de salud en toda la república. No tuve la oportunidad de observar su trabajo, ya

que, en lugares como el Cuzco, hay una política de retirar sus recursos de los centros con CLAS. Sin embargo, sí me beneficié de una reseña por parte del Dr. Eduardo Zárate quien enfatizó que ellos se enfocan en llegar a los más necesitados. Ellos emplean un mapa de pobreza dando el 70% de sus recursos a las zonas pobres. En la medida que ahora se están solucionando los problemas relacionados a la carencia de establecimientos y de entrenamiento, hay más interés en cambios como duplicar las horas del centro de salud para incrementar el acceso, el análisis costo/beneficio de cómo mejorar la productividad y la integración de lo que previamente fueron programas verticales a través de coordinadores regionales. Al nivel local los promotores son estimulados para tomar una responsabilidad mayor en las salidas a la comunidad. Estas actividades son también importantes en los CLAS.

Debo francamente admitir que he tenido que ser muy cuidadoso en esta evaluación para mantener la objetividad. Traté de dar pasos hacia atrás sobre ser escéptico y probar en profundidad si es que estaba siendo expuesto a centros modelo de únicamente las presentaciones positivas. Cuando se hicieron comentarios por parte de los funcionarios regionales sobre los lugares en donde tenían problemas, solicitamos específicamente visitar aquellos lugares y a esto se accedió graciosamente. Dos años atrás tuve el privilegio de trabajar con un equipo del Ministerio para visitar las áreas que habían sido recientemente liberadas de Sendero Luminoso para planificar un nuevo estilo de servicios de salud. Los residentes locales declararon enérgicamente que ellos no deseaban el viejo estilo de servicios de salud arriba hacia abajo e insistieron en el control por parte de la comunidad. Conjuntamente planeamos el diseño de los CLAS el que presenté como informe formal el que condujo a la nueva legislación.

Metodología de la Encuesta

La evaluación fue llevada a cabo con gran presión de tiempo con intensas visitas de campo de cerca de medio día en cada una de 16 centros de salud con CLAS los que fueron visitados en un período de dos semanas. Se seleccionaron centros urbanos y rurales que fueran suficientemente representativos. Esto requirió el viaje a las cuatro subregiones de Lima (dos establecimientos de salud), Cuzco (seis centros de salud), Tacna sobre la frontera chilena (cinco centros de salud) y Loreto - Iquitos (tres centros de salud), incluyendo el último un viaje maravilloso en una embarcación sobre el Amazonas.

Básicamente, el enfoque fue el de un proceso simplificado de RAP (Procedimientos de evaluación rápida, RAP). Los datos fueron recolectados principalmente mediante profundas entrevistas semiestructuradas con grupos e individuos múltiples que incluyeron al responsable del establecimiento y los miembros de los comités comunitarios. La evaluación de los líderes se enfocó mayormente en las relaciones funcionales en lugar de los detalles de la estructura o de los componentes del programa. En todo momento, hubo interés para presentar sus experiencias debido a que muchas unidades CLAS sintieron que habían sido malinterpretadas, por lo que emergió una considerable emoción y vehemencia. Entre otros comentarios hubieron declaraciones sobre otros grupos que habían hecho evaluaciones que no habían dejado informes o que no habían ayudado con las decisiones necesarias ya que parecían decepcionados por no encontrar problemas que criticar. Frecuentemente hubo el cuestionamiento de nuestras motivaciones para hacer afirmaciones y si

ibamos a ser imparciales. Las notas detalladas están a disposición y son la base para los juicios expresados aquí en una forma RAP de enfoque cualitativo estructurado. Para ilustrar el rango de diferencias el análisis se va a hacer el enfoque sobre las relaciones muy diferentes que han evolucionado entre el personal del centro de salud y los comités comunitarios, así como los problemas en la nueva organización del trabajo. En cada una de las regiones se van a discutir un par de centros de salud para ilustrar un ejemplo en donde las buenas relaciones fueron establecidas y otra en donde hubo inicialmente una considerable dificultad.

Observaciones por regiones

Lima:

Los dos establecimientos de salud estuvieron en Pueblos Jovenes bien establecidos, aunque su experiencia fue muy diferente.

El CLAS Cerro el Pino inició como una barriada cuarenta años atrás en un cerro. Los adobes originales se han vuelto ladrillos permanentes. Se le conoce como un centro de crimen, violencia y drogas. El suministro de agua ha sido proporcionado de fuentes pública en Junio pasado y una escuela ha sido construida como parte del programa presidencial para las áreas pobres. Hace sólo un año la posta de salud ha sido elevada a la categoría de centro de salud con CLAS. El stock limitado de medicamentos se ha incrementado con unas ventas 10 veces mayor. El dinero está ahora siendo empleado en expandir el personal mediante contratos, de modo que ahora hay 2 médicos, 2 obstetrices 1 enfermera y dos técnicos sanitarios. Ellos separan el 10% de los fondos provenientes de medicamentos para proporcionar medicamentos gratuitos para los pobres y están comprando equipos, especialmente para los servicios preventivos, tales como tallímetros y vacunas. Los miembros de la comunidad han sido muy activos, habiendo relaciones de trabajo muy buenas ente el jefe y la comunidad desde el inicio. Tres miembros fueron nominados por el jefe y tres elegidos en una asamblea pública, la mayoría de ellas de organizaciones no gubernamentales (NGO's). Algunos de los comentarios fueron : "la comunidad confía ahora mas en el personal de salud. Antes ellos estaban completamente divorciados del pueblo." El jefe de establecimiento dijo: "Estamos viendo una mayor demanda y respuesta. Nos gusta trabajar aquí debido a que tenemos mas contacto con la gente y es gratificante debido a que tenemos mas retroalimentación y podemos trabajar con los problemas sociales".

El CLAS Laura Caller está en una barriada que está considerada como una de la mas pobres de Lima. Fue una fortaleza importante de Sendero Luminoso y parte de la posta de salud fue empleada para almacenar sus armas. Hace sólo 1 año y medio el líder principal de la comunidad fue asesinado. Durante los últimos tres años la posta médica ha sido implementada en recursos humanos solo por mujeres que proporcionaron los servicios únicamente para mujeres y niños. Hace un año se levantó un nuevo centro de salud con suministros del gobierno, pero con trabajo local. Hace nueve meses formaron el CLAS, todas también mujeres, con cinco integrantes. Los miembros fueron en su mayoría representantes de grupos comunitarios como de los trabajadores del mercado, cocinas comunitarias y de un programa preescolar. El grupo obviamente se siente fuerte y comprometido como consecuencia de vivir bajo presión extrema y tienen una relación particularmente buena con el

personal debido a que la doctora estuvo con ellos durante los momentos difíciles. Vino a trabajar como interna hace 3 años y permaneció allí. El personal se ha incrementado de 2 a 13 y los ingresos se han triplicado. Aún están cortos de personal, de modo que los miembros del comité y 11 promotores han tenido un entrenamiento especial en módulos de 3 horas durante varios meses de modo que puedan realizar gran parte del trabajo en el centro y la comunidad y también en la administración. Ahora están empleando al grupo antiguo para entrenar a nuevos promotores y esperan cubrir a todas los hogares con las salidas regulares.

De especial interés fue la participación en la entrevista del Jefe de la UTES (Unidad Territorial de Salud) local quien ha dado un apoyo especial y dijo: "El CLAS ha sido muy benéfico debido a que cuando la comunidad está comprometida los servicios se benefician grandemente y hubo una gran particular ayuda en la recolección de información, sobre inmunizaciones y en la movilización de las familias". Los miembros de la comunidad decidieron dar el 10% de sus ingresos a la UTES regional para el manipuleo de todas sus compras y su logística. El epidemiólogo de la UTES dió su ayuda en la reciente encuesta domiciliaria aunque el trabajo fue realizado en su totalidad por voluntarios de la comunidad que tuvieron un entrenamiento de tres días. Tuvieron 125 entrevistadores y 45 supervisores. Tuvieron una cobertura del 100%, solicitando a las familias que permanecieran en sus hogares hasta que fueran entrevistadas. Encontraron cuatro veces mas residentes que los estimados oficiales, con 6900 personas, distribuoidas en 1600 familias y 1438 casas. Esto fue importante para ellos debido a que su financiamiento ha sido basado sobre las cifras inadecuadas. Esperan reencuestar anualmente con el fin de hacer sus planes locales.

Los miembros del comité son especialmente claros sobre cómo van a mantener el entusiasmo actual. Todas ellas usan uniformes atractivos e insignias que ellas diseñaron de modo que sean tratadas con respeto, por ejemplo cuando van al banco a depositar cheques grandes.

Los jóvenes líderes varones del comité de defensa llegaron en el período final de la entrevista y nos sometieron a un cuestionamiento intenso sobre el propósito de nuestra visita. Su sospecha era obvia debido a que ellos eran muy defensivos sobre lo que el comité de CLAS estaba logrando. Cuando ellos fueron interrogados sobre cómo definían el CLAS hubo una discusión articulada y ellos finalmente decidieron que tenían que colocar una definición de cuatro palabras: "El gobierno escucha al pueblo". Cuando fueron interrogados sobre si otros servicios del gobierno también escuchaba, ellos dijeron que este es el único programa de gobierno del que se puede decir esto.

Cuzco:

La visita al Cuzco dejó la fuerte impresión de que hay grandes problemas respecto al apoyo regional a los CLAS. En los niveles altos parece haber una sensación positiva, aunque las quejas fueron numerosas para con las UTES. (Esta unidad administrativa anacrónica ha sido abolida en otras subregiones debido a la duplicación de funciones). Los comités de CLAS fueron enérgicos sobre:

- (1) La discriminación contra los centros de salud con CLAS con un retiro casi completo de los recursos y soporte proporcionado por los centros no CLAS, con muchas insinuaciones de que el sistema previo de que todos los ingresos fueran a las UTES

habían sido sujeto de una dudosa manipulación.

- (2) Los esfuerzos deliberados que se han hecho para persuadir al personal del gobierno para no cooperar con las actividades del CLAS. Un póster pegado en una puerta de vidrio en la subregión instaba al personal a boicotear al los CLAS. Se ha propiciado sistemáticamente una percepción negativa sistemática sobre la implementación de los CLAS en base a temores naturales en el personal que se siente amenazado por cualquier cambio y se preocupa sobre su estabilidad laboral.

El hecho restaltante es que, a pesar de esta oposición directa, la experimentación con CLAS en los seis centros de salud que visitamos ha sido un éxito tremendo. Visité tes de estos centros hace dos años cuando se estaba planeando por primera vez a los CLAS y nunca habría pensado que fuera posible que hayan logrado tan rápidamente los cambios que ahora son evidentes. En cada centro hubo un fuerte sentimiento de que las condiciones eran mejores y que el trabajo había mejorado mucho. Tratamos de analizar cuidadosamente los componentes de este sentimiento generalizado, delineando tanto los hechos positivos como negativos con el fin de mejorar el siguiente estadio de implementación. Fue evidente que los restantes grandes problemas eran corregibles.

El CLAS centro de salud en Pisac ilustra la mayoría de situaciones en donde las relaciones se desarrollaron bien. Descansando en medio del Valle Sagrado de los Incas, es una villa antigua con algunas de los andenes mas antiguos y mejor preservados del mundo, en las faldas adyacentes donde se hace montañismo. Nuestra visita coincidió con la apertura del nuevo edificio del centro de salud con una gran fiesta y quiebre de botellas en la puerta. Realizamos entrevistas intensivas con el entusiasta comité del CLAS encabezado por el ex-alcalde. Otros miembros representaban en su mayoría a ONG's locales y en la mayoría de ellos habían miembros muy dedicados tales como un profesor retirado que ahora maneja una pequeña librería para los turistas. El médico y el personal tenían una buena relación mostraron gran entusiasmo sobre el programa. La enfermera dijo que al principio tuvieron problemas de ajuste debido a que tuvieron que trabajar mas duro, pero las relaciones pronto se volvieron buenas.

El mayor problema persistente está en las grandes disparidades entre las 2,500 personas mas afluentes que viven en la ciudad de Pisac y las 15,000 personas pobres que viven en las villas circundantes. Una impresión inicial es que el 60% de los niños están malnutridos debido a la escases de alimentos. No pueden obtener nada de las UTES, incluyendo alimentos o el papel para mantener sus registros. Ha sido difícil establecer el contacto con las villas, y los caminos son peligrosos. Ellos han entrenado a 12 promotoras en la ciudad de Pisac y a 56 en las villas, la mayoría de los cuales tienen una educación básica y son muy tradicionales. Las visitas a la villa se han triplicado pero necesitan un vehículo de 4 ruedas. Entrevistamos a los promotores, uno de los cuales esta en el comité y se mostró muy dedicado a llegar a las zonas pobres. También tuvimos una conversación con una partera tradicionbal que era muy crítica de sus otras similares, pero dijo que ella trabaja bien con el personal del establecimiento y refiere a los pacientes con complicaciones obstétricas.

El centro de salud CLAS TTIO tuvo problemas mayores en el inicio y está localizado en las afueras de Cuzco. Cuando lo visité hace dos años me pareció ocupado y eficiente con una clientela

relativamente pudiente. En nuestra evaluación este año, hubo un grado mucho mayor de vitalidad y de trabajo de alta calidad. El alto calibre profesional del comité se volvió inmediatamente evidente cuando nos encontramos con cuatro de los siete miembros. Todos ellos son profesionales altamente calificados: director de una escuela primaria privada para niñas con 30 años de experiencia, una trabajadora social para una ONG que organiza clubes de madres, una farmacéutica que posee una farmacia en el vecindario quien brinda su apoyo a pesar de que esta ha quebrado debido al éxito del centro de salud con CLAS, un profesor con 33 años de experiencia que ahora es el organizador de un sindicato de trabajadores transportistas y es secretario regional para la defensa de los derechos humanos, un economista especialista en planificación y director de una escuela pública urbana. Cuatro son mujeres.

Ellos han dicho francamente que cuando aceptaron participar no tenían idea de en cuanto trabajo se iban a comprometer. También dijeron, "al inicio no cuestionamos nada, pero ahora estamos cuestionando todo. Estábamos acostumbrados al estilo de trabajo de las organizaciones gubernamentales pero ahora nos hemos acostumbrado a realmente analizar los problemas, a preocuparnos de las necesidades de los pobres y de aquellos a los que no se llega con el sistema." Se reúnen cada Miércoles y continúan hasta que acaban en la noche, manteniendo reportes detallados de cada decisión.

En Enero de 1994 ellos hicieron su propio plan pero al inicio el personal del centro de salud dio atención a los funcionarios de las UDES y hubo una confrontación. Ellos no recibieron el entrenamiento que se les había ofrecido. El personal sintió que el proceso de privatización amenazaba su seguridad laboral y fueron estimulados por sus sindicatos a protestar. Aún cuando la ley los dejaba "en el limbo", el comité decidió que se tenía que poner la "casa en orden", debido a que "no había control de la logística y de la gerencia y los patrones de trabajo eran rígidos y el personal se resistía a trabajar". Algunos miembros de CLAS querían renunciar pero en Abril decidieron continuar debido "mes a mes iniciaron a ver el cambio así como el proceso de aprendizaje". Incrementaron las horas de servicio y el número de pacientes se incrementó en tal forma que ellos tuvieron que incrementar el personal de seis personas proporcionados por las postas del gobierno, a 18 que han empleado mediante contratos. Ellos hacen pagos adicionales por las horas extras y dan un bono si en una actividad se ve una cantidad mayor de pacientes. En Noviembre pasado ellos lograron tener un coordinador para servicio especial para hacer los reportes y para promover la demanda y nuevamente la carga del servicio se ha incrementado y el ingreso se ha duplicado. Mucha de la demanda está ahora relacionada al incremento en las salidas al campo habiendo personal que va a las comunidades a visitar a los hogares.

Como resultado de una encuesta comunitaria ellos decidieron tener tres niveles tarifarios, con un 30% que tienen atención gratuita ya que eran personas que no habían estado participando en los programas de salud porque no podían pagar las tarifas. Ellos planean una encuesta socioeconómica para definir más claramente la distribución de la pobreza. Su área tiene una población de 22,000, de las cuales ellos piensan que están proporcionando cobertura al 47%. Ellos piensan que el 60% son domiciliarios debido a los costos, pero ellos han implementado un servicio de partos de 24 horas y su número se ha duplicado. Ellos están iniciando a dar consultas de especialidad para ENT y para cirugía. Ellos han contratado un contador/administrador y su personal contratado es pagado a tiempo

aunque los salarios del gobierno son usualmente retrasados.

Ellos sienten "que son pioneros" y debido a los éxitos ellos están prestando menos atención a las críticas de los funcionarios de salud. El médico dice, "los funcionarios del nivel regional tratan al CLAS como un cuerpo extraño debido a que representa una pérdida de poder para ellos. Ellos piensan que los CLAS van a desaparecer eventualmente y que antes que se abran nuevos CLAS el personal va a tener que votar para poderlo aprobar". Sin embargo, la ley no dice que esa votación sea necesaria. El doctor estima que en la actualidad "el 40% del personal aprueban el CLAS y el 60% aún lo desaprueba, siendo las mas negativas las enfermeras profesionales con nombramiento del gobierno". Los miembros del CLAS dicen que únicamente el 10 a 30% del personal aún lo desaprueban. En cualquier caso las confrontaciones del pasado parecen haberse resuelto y ahora todos están demasiado ocupados para desperdiciar su tiempo. Los planes del año siguiente incluyen emplear mas tiempo en la periferie, mas trabajo con la iglesia y con el gobierno municipal.

Tacna:

La Subregión de Tacna muestra cuan rápidamente la cobertura por CLAS puede extenderse hacia todos los centros en un área en donde hay un apoyo sistemático desde la oficina regional. Es evidente un sentido obvio de vitalidad y de innovación. En únicamente 15 meses ellos han tenido una participación activa y entusiasta en casi todas las unidades de salud. Sus encuestas muestran una cobertura casi completa. La oficina regional ha promovido la competencia entre los centros de salud no solamente en logros de salud sino también en deportes de los que se enorgullecen mediante la exhibición de trofeos y banderas.

El CLAS Leoncio Prado se ha elegido como ejemplo de centro de salud en donde la implementación ha procedido fácilmente y bien. En Octubre de 1994 el CLAS fue iniciado al mismo tiempo en que se inauguraba una edificación nueva. Previamente, únicamente había una posta médica de un ambiente único. La población es de 18000, en un vecindario de clase media. La experiencia de CLAS ha conseguido una triplicación en los contactos con los servicios de salud tanto en los servicios médicos como en los servicios preventivos. Los ingresos se han incrementado desde S/ 800 al mes a S/ 4000 al mes. Las horas en que el establecimiento está abierto se elevó desde 6 horas a 24 horas y el número de personal se incrementó de 17 a 34, la mayoría mediante contratos con el CLAS. Durante la visita las instalaciones físicas mostraron un ambiente de exhibición, como si se hubieran hecho arreglos especialmente para nuestra visita. Ellos dijeron que al inicio el 80% del personal se opuso al concepto de CLAS y desearon votar en contra de unirse al Programa. Esto fue particularmente cierto para las enfermeras nombradas. Ellas habian escuchado rumores de que perderían su estabilidad laboral como resultado de la privatización. Con el cambio total en el ambiente de trabajo, esta actitud ha cambiado grandemente exceptuando a unas pocas enfermeras antiguas.

El Comité está conformado en su mayoría por profesionales que incluyen a un profesor, un arquitecto y un líder político de la zona. Todos ellos son varones y muy ejecutivos en su apariencia. El personal médico mostró tener iniciativa en decidir qué hacer y el comité tendía a ir en la misma dirección que sus expertas opiniones. Ellos dicen que el mayor cambio se ha dado, no en la cantidad

de atención, sino en una mucho mayor mejora en la calidad y en la satisfacción del paciente. Los miembros del comité, han identificado tareas particulares en las que pueden ayudar individualmente. Por ejemplo, el profesor ha organizado un programa de salud escolar con visitas regulares del personal a las escuelas, y con sesiones de enseñanza cada 2 semanas tanto para estudiantes como para padres. El personal ha entrenado a 12 promotores, la mayoría de ellas mujeres, y a 20 promotores escolares. Además ellos tienen 15 vigías de salud que son estudiantes que mantienen la vigilancia de la salud de sus compañeros adolescentes.

El Comité fue particularmente claro sobre su control en el financiamiento. Al inicio ellos trataron de compartir su trabajo con el personal de salud pero después ellos organizaron un nuevo sistema de gerencia y contrataron a una persona para manejar los fondos. Ahora está funcionando bien con la computarización y con el control estricto de los gastos. Ellos sienten que han sido capaces de reflejar los deseos de la comunidad en operaciones del CLAS, pero ahora tienen una visión en expansión de sus prioridades futuras. Ellos decidieron publicitar las mejoras logradas y realizaron avisos especiales, iluminación intensa por las noches y un gran signo el que recordaba a la comunidad asuntos específicos tales como la expansión del horario. Ellos sentían fuertemente que ellos tenían un control fuerte y que no había posibilidad de "escándalo". Cuando les preguntamos porqué invertían todo este tiempo y esfuerzo, ellos nos dieron exposiciones aleccionadoras sobre su vocación de servicio y su sentido de obligación hacia su comunidad.

El CLAS La Esperanza es el ejemplo de un centro que ha tenido al inicio problemas de ajuste, no entre el equipo de salud y el Comité, sino en las relaciones locales y regionales. Cuando el CLAS fue organizado, la votación dio por conformar un Comité de únicamente mujeres. También ocurrió que la doctora a cargo era mujer. Pronto establecieron un sentido de autonomía y desarrollaron planes que crearon polarización, en la medida que estos se dirigían hacia un cambio en el sistema de salud. Todas las miembros del Comité han sido muy activas en ONGs tales como los Clubes de Madres y admiten ahora que han asumido podría ser manejado tan simplemente como ellas lo habían hecho previamente con sus actividades de voluntariado previas. Ellas admiten que se ha revelado más complicado de lo que ellas habían esperado y que les tomaba mucho más tiempo. Ellas ahora dicen que han aprendido bastante sobre gerencia y organización. Aún permanecen firmes en la expresión de sus ideas.

Las confrontaciones han conducido a grandes ajustes mutuos. Los funcionarios regionales dispusieron colocar a un médico varón a cargo del centro de salud, y las nuevas relaciones de trabajo han evolucionado. Uno de las miembros del comité tuvo que salir porque su esposo fue transferido a Lima y otro varón la reemplazó. Él dice que el problema al inicio era que ningún hombre quería tener esa posición porque eran reacios a servir. Ya que él fue el contratista que originalmente construyó muchas de las viviendas en la comunidad, él ahora ha tenido el deseo de comprometerse en un mayor grado. Todos estuvieron de acuerdo en que los principales problemas han sido superados. Las mujeres fueron de alguna forma defensivas para justificar la necesidad de hacer cambios y dijeron: "hemos tenido posiciones firmes, no por interés propio sino por servir al pueblo".

El personal ha cambiado grandemente, especialmente entre aquellos que han sido contratados por el CLAS. Esto está empezando a influenciar a las enfermeras con nombramiento.

Uno de los principales puntos sobre los que se dirigió la atención el año pasado fue que el comité solicitaba la opinión de las pacientes sobre la atención que habían recibido en el centro de salud. Las reacciones fueron tan negativas que organizaron una encuesta de salida formal "como vecinos" en donde ellos hacían preguntas detalladas sobre el tiempo de espera, cómo habían sido tratadas las personas, la cortesía, y si habían sido informados adecuadamente sobre cuales eran sus problemas y que podrían hacer para prevenir la recurrencia. Las personas hicieron comentarios como, "las personas que tenían apariencia de pobres no tenían un buen servicio". También se quejaron sobre la falta de las suficientes visitas domiciliarias y que "cuando se hacen las visitas domiciliarias la única preocupación es para con determinados programas para niños y no para otros problemas". La encuesta fue lo suficientemente sofisticada para ser consideradas amenazantes para el personal nombrado que estaba siendo objeto a una "inspección". Sin embargo, la comunidad urgió al comité "a ser fuerte y a no dejarse manipular por el gobierno". Cuando el Ministro de Salud acudió a la ciudad a una visita se las arreglaron para verlo y le comunicaron sus quejas. Un resultado fue que al centro de salud se le otorgó una ambulancia.

Como resultado de la publicidad el pueblo tomó en consideración ir a otros centros de salud y esto condujo a mayores repercusiones. Otros CLAS estaban observando lo que podría ocurrir. Las quejas específicas fueron mas numerosas sobre la obstetriz, que fue cuantificada por la población de 2 quejas de 10, de modo que conversaron con ella y esto produjo un cambio. En otros comités CLAS llegaron al punto en el que dijeron que sus quejas sobre el personal eran canalizadas a través del médico jefe de establecimiento. El consenso general de que la contabilidad debe ser mejorada llevó a la corriente de pesamiento de que si ellos eran los que iban a pagar, pues también ellos debían "ganar su propio salario". Su preocupación dominante fue la "atención para sus vecinos" y de este modo hicieron ajustes especiales para "el cuidado de niños en necesidad para quienes se dispone dinero. Ya que conocemos a la comunidad podemos conversar directamente con la trabajadora social". La oficina regional en Tacna estuvo particularmente interesada en el concepto de "seguimiento de la equidad" y estaban tratando de iniciar un sistema de este tipo.

En resumen, el comité dijo que ellos habían identificado tres prioridades para ellos mismos: (1) control del trabajo y del tiempo del personal en el establecimiento de salud, (2) seguimiento del flujo financiero para hacer el mejor uso de los recursos de los que ellos se sienten responsables, (3) definir aquellos en la comunidad que son indigentes y aquellos con necesidades especiales. Ellos están mas determinados que nunca para continuar y mostrar que es posible el diseño de un mejor sistema de servicios de salud. "Nosotros haremos honor a nuestro nombre Esperanza"

Región Loreto (Iquitos):

El valle amazónico transandino superior representa un reto particular para los servicios de salud debido a que está en su mayoría en una espesa selva, aunque en determinadas áreas la tala indiscriminada está ya produciendo la deforestación. Las 390,000 personas en la región están dispersas en pequeñas villas y en más de 3000 comunidades. Muchas comunidades no tienen caminos y la comunicación es únicamente mediante botes a lo largo de los ríos, corrientes o lagos. Hay taxis para ríos, y botes de dos pisos, las que sirven para el traslado de personas en los ríos principales. Son comunes las enfermedades tropicales como la lepra, malaria y la leishmaniasis. El año pasado un tercio de la población en Iquitos se enfermó con dengue, pero no hubieron casos

hemorrágicos o muertes. La causa principal de muerte siguen siendo la neumonía y la diarrea en niños.

La región tiene ahora 8 CLAS, cada uno de los cuales es responsable de 2 a 7 puestos de salud. Hay cerca de 250 establecimientos de salud. Los médicos establecidos en las regiones mas remotas ganan hasta el doble del salario regular debido a que se ha demostrado que cuesta mas vivir en un área aislada. Algunos centros pueden ser accedidos únicamente después de un viaje de 18 horas en bote.

Uno de los centros de salud con CLAS que visitamos fue Indiana, en un camino acogedor a favor de la corriente del Amazonas, en un bote con motor fuera de borda de casco de aluminio, el que es empleado como ambulancia por el centro de salud. Está ubicada en una misión canadiense-francesa y el nombre fue elegido por una de las primeras hermanas. Ahora tiene una escuela, una estación de demostración agrícola y un hotel en donde grupos de turistas se detienen en la noche. El CLAS ha asumido la responsabilidad del centro de salud y el parroco local, que era miembro del comité acaba de renunciar debido a que tiene muchas otras responsabilidades. Los médicos del estado promedian el año de rotación y habitan una cómoda vivienda que está próxima al centro de salud, de modo que siempre están disponibles ante cualquier llamada. El centro de salud cubre a una población de 42,000 en 3 distritos con 11 postas médicas a las que se llega por bote. Se realizan visitas de supervisión una vez a la semana por parte de un equipo de 10 personas y que dura un día completo. Ellos llegan a cada posta a aproximadamente una vez cada 21 días. El 40% de las comunidades con poblaciones de más de 100 tienen promotores que son entrenados para manejar problemas rutinarios y se pueden también comunicar, y también pueden comunicarse con el centro de salud mediante radio. El personal en el centro de salud se ha incrementado de 4 a 17 ya que el CLAS se inició incluyendo a 2 médicos y a 2 enfermeras. Cerca de la mitad de ellos son contratados. El comité dice que su mayor problema de salud es el pobre saneamiento y la falta de agua potable ya que ellos aún emplean el turbulento Amazonas. Este centro de salud dice que ellos se han beneficiado de la reorganización por parte del CLAS el que está trabajando bien. Ellos sienten que aún se debe dar un mayor poder al pueblo y que se debe formar un CLAS en cada comunidad.

El CLAS San Juan representa un centro de salud en donde el proceso de desarrollo parece haber ido siempre bien. Está localizado en un pueblo joven en rápido crecimiento cerca del aeropuerto de Iquitos. La instalación física consiste en una seguidilla muy apretada de cuartos con grandes aglomeraciones de gente con presencia permanente, grandes carteles con slogans en las afueras del centro, con mucho colorido por las decoraciones y actividades recientemente pintadas con mucha creatividad que se extendían a las casas colindantes. Hace poco se había firmado un convenio con una agencia de ayuda coreana, la que va a construir para ellos un moderno centro de salud. Va a haber equipo sofisticado, así como un elaborado centro de entrenamiento de instalaciones de comunicación de alta tecnología. La población cubierta es de 19,500. Dos años atrás ellos tenían un personal de 13 personas con dos postas médicas. Ahora el personal es de 34 personas, estando 19 de ellas en el centro de salud que incluye a 3 médicos, y los médicos, enfermeras y otros personal restante en 7 puestos de salud.

Ellos estiman una distribución del tiempo 50-50 en el establecimiento y en la comunidad. Las

tardes son para las visitas domiciliarias, comprometiéndose en ellas a la mayoría del personal. Todos los miembros del equipo trabajan conjuntamente en los programas especiales, pero se asigna una persona especial a cada programa como coordinadora, para vigilar la atención proporcionada, para mantener los registros adecuados así como para los reportes escritos para los administradores de los programas especiales en Lima. Se ha puesto gran esfuerzo en el entrenamiento de promotoras para los programas especiales con: 22 parteras, 23 promotores de malaria, 33 promotores de la TRO y 25 promotores de la planificación familiar. Están considerando una mayor integración respecto a las responsabilidades de los promotores de modo que cada uno de ellos tenga que cubrir un número más reducido de hogares. Una preocupación es el cuidado para con los pobres, debido a que con el autofinanciamiento cada vez mayor ellos tienen la necesidad de tener tarifas especiales. El tesorero dijo "nuestra responsabilidad como comité es asegurarnos de que los servicios lleguen a la mayoría de las personas en necesidad".

El Comité de CLAS ha sido particularmente activo, teniendo 5 miembros, incluyendo al médico. La presidenta es una enfermera jubilada, quien es particularmente una gran líder, el secretario es un profesor de secundaria graduado de la universidad, y todos los miembros son muy activos en la toma de decisiones comunitarias. El tesorero dijo que al inicio había poco dinero que manejar, pero ahora hay un incremento de cerca de tres veces lo inicial, con un incremento de 7 veces los ingresos de farmacia, y un incremento de 3 veces en los recursos provenientes del gobierno. El médico tuvo un interés especial en epidemiología y le gustó la realización de la encuesta comunal. Ella piensa que la prioridad es el control de la malaria y otras enfermedades. Sin embargo, los miembros de la comunidad dijeron que su prioridad es mejorar el suministro de agua potable, y disponer de la fumigación de los hogares para eliminar los mosquitos. La encuesta cubrió al 95% de todas las familias y fue realizada por 75 promotores en 6 días con los miembros del comité y con la supervisión de 4 médicos. El análisis es por zonas, habiendo una retroalimentación por medio de encuentros comunales zonales.

Cuando fueron interrogados sobre los conflictos internos, la respuesta del comité fue que sí, hubieron problemas en el inicio debido a que las personas nombradas fueron informadas por su sindicato de que se iba a perder su seguridad laboral por la privatización. Pero ellos cambiaron de parecer cuando los programas mejoraron y hubo más dinero y más cosas que hacer. La actitud de apoyo de la región fue revelada por el comentario de que el CLAS es la mejor solución para nuestros problemas".

El CLAS 9 de Octubre es un Pueblo Joven inmediatamente adyacente a San Juan. El comité inició hablando sobre sus programas comparando su experiencia con los éxitos obvios de San Juan, y dijeron que aún tienen muchos problemas que resolver. Fue evidente que cuando formaron los CLAS sus expectativas eran que encabezarían a los demás CLAS. Parecían tener la ventaja de la edificación nueva del centro que había sido administrado durante una década por una ONG. El edificio era aún de posesión de la ONG, y la enfermera de la organización que estaba a cargo, todavía permanecía en el establecimiento.

Sin embargo, surgieron los malos entendidos cuando el comité de CLAS inició a hacer cambios de acuerdo a su entendimiento de lo que la comunidad deseaba. Los desacuerdos escalaron hasta el punto en que se hizo necesario separarse la clínica original la que regresó a su propietario

inicial, sirviendo a aproximadamente un 10% de la población. El comité trabajó con el médico que había sido nombrado por el gobierno, para alquilar una pequeña casa e iniciar sanando un serio resuebrajamiento en la comunidad. El logro notable es que ellos parecen haber tenido éxito al trabajar servicios paralelos y en su deseo de proporcionar aún mejores servicios.

El comité tiene un alto grado de dedicación para servir a la comunidad. Como ocurre frecuentemente, dos miembros claves son profesores retirados. Otro es un artista que vende pinturas a los turistas, uno es un profesor universitario y otro es un ingeniero de industrias alimentarias. Todos ellos son varones, pero hay una mujer no elegida que asiste a todas las reuniones y "les ayuda en una gran medida". Su elección formal fue en un mitin en cada zona del CLAS y las personas que asistieron fueron en su mayoría representantes de los servicios de servicio social y de ONGs, las cuales se estiman en 300 en la zona.

El esfuerzo para desarrollar el nuevo centro de salud se inició realmente hace cuatro años bajo un programa gubernamental denominado Microzonadis. El comité fue elegido y surgieron los desacuerdos en una compleja mixtura de motivaciones incluyendo los problemas usuales cuando el médico es asignado a encarar un trabajo que había sido previamente realizado por una enfermera, complicado por el hecho de que el médico era peruano y la enfermera extranjera. El Pueblo Joven se expandió rápidamente y hay migrantes de muchas áreas. El gobierno estimó que el tamaño poblacional era de 9,000 pero su primera encuesta reveló 19,000 personas. La encuesta reveló a 2,800 personas que vivían en 1,550 viviendas, habiendo en algunas construcciones cuatro familias. Aunque algunas familias se negaron a hablar con ellos en la encuesta debido a la polarización previa, ellos lograron una cobertura de más del 90%. Aunque el establecimiento previo había sido ligado a la Iglesia, las disputas se afirmaron no relacionarse a las diferencias respecto a la planificación familiar.

La oficina regional inteligentemente decidió no imponer una decisión cuando el CLAS se inició hace un año y medio, sino que favoreció las negociaciones locales. La decisión de mudarse y reiniciar las actividades de cero ha tenido un gran apoyo de la comunidad. El personal en expansión es ahora 95% nuevo con un nuevo médico quien ahora está a cargo desde hace un mes. El doctor anterior quien ahora está en una posición de responsabilidad en el hospital acudió a la reunión con nosotros y fue objetivo y razonable en la evaluación de las dificultades. Parece haber un buen espíritu de trabajo. Todas las actividades y la construcción están expandiéndose rápidamente, y en el próximo año hay una sensación de que mas personas estarán haciendo uso de los servicios. Se está iniciando el servicio dental. Después de la encuesta, ha habido una gran expansión de las atenciones extramurales, con una visita a cada casa 4 a 5 veces al año. Los miembros del CLAS dicen que las relaciones entre el equipo de salud y la comunidad es particularmente cercana y efectiva debido a las dificultades iniciales. Es inusual que el 60% del personal viven en el área, con contrataciones que ellos consideraron fueron especialmente "claras".

El Comité de CLAS está de acuerdo en que ya que mucho de su trabajo es para las mujeres y para los niños, ellos deben tener mujeres en el comité, y ellos intentan tener una elección y esperar que los dos nuevos miembros sean mujeres. En resumen, ellos sienten que sus problemas están detrás, que la nueva cohesión es sólida y que fue una buena lección para todos el hecho de que la oficina regional les permitiera trabajar el problema por sí solos, dando el apoyo a las decisiones de la

comunidad.

Planes para las evaluaciones futuras

Como se ha indicado en las recomendaciones incluidas en el Resumen Ejecutivo la presente evaluación ha sido tan productiva y el progreso evidente en los CLAS tan dramático que el asunto clave no es si este proyecto debe continuar, sino cómo puede ser fortalecido. Mi firme opinión es que los logros tan superiores de lo que yo había visto hace dos años cuando el proyecto fue propuesto, que el proyecto merece un sólido apoyo. Cualquier evaluación que se planee no debe detener los progresos, sino que la unidad de CLAS en el Ministerio debe ser estimulada a proceder un proceso de expansión tan rápida como sea posible para hacer de las actividades basadas en la comunidad un programa nacional.

Como se ha indicado en el Resumen Ejecutivo creo que este proyecto tiene importancia internacional potencial. Podría demostrar a otras naciones en Latinoamérica cómo un desarrollo sostenible basado en la comunidad puede ir a escala, o a extensión nacional. Si los funcionarios a los más altos niveles del Ministerio de Salud están deseando hacer un compromiso a largo plazo para extender los CLAS a nivel nacional como parte de la Reforma del Sector Salud, entonces el Perú podría asumir una posición de liderazgo en las Américas al ser pioneros en esta área críticamente importante.

Entonces la pregunta importante de la evaluación va a ser documentar en que medida el proceso global de ir a escala puede ser promovido. Esto es, obviamente un ejercicio mucho más complejo que la tarea de evaluación de corto plazo originalmente visualizada.

Metodología posible

Sugiero la consideración de la posibilidad de que un comité internacional de muy alto nivel sea invitado para monitorizar el proceso, quizás con tres expertos internacionales y tres peruanos. Por ejemplo, el Dr. Halfdan Mahler podría desear encabezar el Comité; él ha sido uno de los Directores Generales de la Organización Mundial de la Salud más distinguidos y fue el arquitecto de la Conferencia Mundial de Alma Ata de Atención Primaria de Salud. No hay otra persona en el mundo cuyo juicio y consejo pueda ser de mayor valor en asuntos relacionados a la atención primaria de salud con base en la comunidad. El equipo podría reunirse para un período de trabajo intenso de 10 días a finales de año, y nuevamente en 1997 antes de que el presente proyecto BID culmine. Si el financiamiento BID es renovado ellos podrían hacer nuevamente visitas de evaluación a intervalos de cerca de dos años. Cada visita podría incluir cinco días de visitas reales a los centros con CLAS. A la velocidad que hicimos las visitas este año, podrían ser posibles dos visitas a CLAS al día. Si un extranjero y un peruano funcionaran como equipo, el grupo podría encuestar cerca de treinta establecimientos para tener un conocimiento sólido de como el proceso nacional de ir a escala está progresando. Podrían emplear un enfoque RAP coordinado similar al que fue empleado en esta evaluación. Esto les permitiría tener los siguientes cinco días para discutir con los funcionarios y para preparar el reporte.

Indicadores

Un equipo del Ministerio de Salud ha preparado una lista muy detallada de indicadores, para la evaluación propuesta. Es extremadamente completa y no hay puntos que me crea deba agregar en este momento. Sin embargo, una consideración significativa es que esta gran lista podría dar por resultado simplemente una agregación de items de información pero sin un medio sistematizado de darle un peso relativo a diferentes combinaciones de items y proporcionar un juicio final. Todos los items no son igualmente importantes. Para hacer las preguntas correctas es esencial regresar a las preguntas subyacentes que estimularon la evaluación. Originalmente el propósito fue determinar si el programa debía ser continuado o terminado.

Como se ha indicado en el Resumen Ejecutivo, estoy preparado para decir que el progreso ha sido mucho mas positivo de lo que yo había anticipado cuando diseñamos el CLAS hace dos años, que el proyecto debe ser continuado y expandido. Ahora una pregunta de evaluación mas pertinente sería encontrar, cómo puede ser sostenible y mejorada eficientemente en un proceso de extensión?. En la sección de metodología he delineado un esquema para un proceso de largo plazo, continuo, de evaluación por parte de un comité de muy alto nivel, el que haría visitas repetidas. De los indicadores mencionados por el Ministerio de Salud algunos serían muy relevantes inmediatamente y deben de ser el foco de la primera visita. Otros serían mas útiles para marcar el desarrollo futuro.

Prefiero un enfoque propuesto por el equipo de CLAS en documento recientemente producido, el que sugiere un enfoque mas flexible para definir indicadores bajo cuatro encabezados, sobre lo que es mas importante en situaciones y momentos específicos. Estoy de acuerdo con su prioridad de que la principal atención se debe dar a los indicadores de Participación Comunitaria debido a que es evidente que es la fuerza mas importante detrás del aparente éxito en los últimos 15 meses. Para medir estos desarrollos se necesita de juicios cualitativos en base a las visitas y a las entrevistas, pero también pueden haber mediciones discretas como las revisiones de los reportes de las reuniones de CLAS para verificar con qué frecuencia se encuentran y las decisiones que han tomado, quienes estuvieron comprometidos, quien hizo el trabajo y qué pasó. En forma similar, una pregunta igualmente urgente y relacionada es la calificación que ellos dieron a las relaciones entre el equipo de salud y el comité de CLAS. En este reporte empleamos un método de escala RAP para mostrar la diversidad de los caminos con los que los CLAS están resolviendo sus problemas. Esta diversidad debe ser alentada. La única cosa que podría rápidamente matar el presente momento de progreso sería si algún experto de evaluación tratara de imponer un enfoque estandarizado para satisfacer la conveniencia de los directivos en la jerarquía de salud.

Los otros dos grupos de indicadores sugeridos por el equipo de CLAS son las mediciones de gerencia y los indicadores de producción. Estos son bastante estándar y podrían ser obtenerse lógicamente de la lista completa del documento del Ministerio de Salud. Un punto mencionado en las recomendaciones es que la presente forma en la que la medición de la producción sobre la base de cumplimiento de metas colocadas en Lima me parece que tiene una utilidad mínima a largo plazo. Las mediciones usuales de desenlace y de producción en salud serían mucho mas coherentes en el tiempo y para comparación entre regiones. Finalmente, el grupo de indicadores que considero mas

importante no está adecuadamente enfatizado en ninguna de los listados y es el de equidad o de los logros en identificar y llegar a los mas necesitados y a quienes previamente no se llegaba. Se necesita introducir indicadores comparativos de nivel socioeconómico y educacional para el análisis de la causalidad. Será cada vez mas importante en el futuro una nueva atención hacia los indicadores ecológicos sobre información de si las condiciones ambientales están mejorando o empeorando.