

**TRANSICIONES CRITICAS DEL PROGRAMA DE ADMINISTRACION  
COMPARTIDA EN PERU**

**Reporte de viaje - Junio 1998 - Drs. Carl E. Taylor y Patricia Paredes**

**Departamento de Salud Internacional  
Johns Hopkins School of Hygiene and Public Health  
615 North Wolfe St.  
Baltimore MD 21205**

## RESUMEN EJECUTIVO

Uno de los programas comunitarios más innovadores y efectivos de las Américas es el de Administración Compartida de Servicios de Salud en Peru (PAC). En cuatro años, este movimiento comunal se ha extendido al quince por ciento de los establecimientos de atención básica de salud en Perú, a medida que los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) ayudan a manejar más de 700 centros y puestos de salud. Evaluaciones independientes recientes muestran una mejora en la calidad y cantidad de los servicios, en autofinanciamiento entusiasta, en la eficiencia, equidad y en una sensación evolutiva de empoderamiento a nivel comunitario. Sin embargo, han surgido problemas en relación con el sistema habitual de atención primaria llamado Programa de Salud Básica para Todos (PSBpT), con un aumento en las quejas acerca de la capacidad de los CLAS para gerenciar los sistemas gubernamentales de reporte, finanzas e impuestos. La unidad de apoyo del PAC y de los CLAS a nivel del Ministerio de Salud que anteriormente tenía cierta autonomía, ha sido absorbida por el PSBpT y se están desarrollando nuevos planes para establecer un sistema de redes regionales de servicios de salud (REDES).

El propósito de esta visita fue la de definir claramente el uso de un pequeño fondo de dinero otorgado por la Fundación Mulago para promover la comunicación y encuentros entre los CLAS. Este reporte refleja nuestras discusiones con los funcionarios de gobierno responsables. Se ha propuesto que este fondo sea usado para financiar los primeros dos de una serie de talleres regionales en el Perú, que tengan la finalidad de planificar Centros de Auto-Ayuda para el Aprendizaje y Experimentación en Acción. Estos Centros se convertirían en modelos para una rápida extensión de los logros obtenidos a través de la serie de innovaciones desarrolladas por los CLAS. Los Grupos de Trabajo en los Talleres permitirán la discusión y acuerdo en cuatro

tópicos importantes: 1) Mejorar la capacidad de los CLAS para el manejo gerencial, de control financiero e interpretación de las leyes; 2) Realizar un Análisis Funcional para cada región a fin de redistribuir roles y responsabilidades; 3) Reformar el sistema de información, los indicadores de evaluación y de autoevaluación de las unidades de salud manejadas por CLAS; y 4) Establecer conexiones intersectoriales para promover vidas saludables en ambientes saludables.

### **ACTIVIDADES PROPUESTAS Y ACORDADAS EN DISCUSIONES CON LOS FUNCIONARIOS DEL MINISTERIO DE SALUD**

El viaje de la Dra. Patricia Paredes y del Dr. Carl Taylor tuvo como propósito discutir y definir los planes para el uso del dinero otorgado por el Fondo Dr. Arnhold Rainer de la Fundación Mulago de Nueva York con el objetivo de mejorar las oportunidades de comunicación entre los miembros de diferentes Comités Locales (CLAS). Estos CLAS han estado trabajando por largo tiempo en forma independiente, a pesar de que existen ya alrededor de 610 CLAS participando en el manejo de unos 700 establecimientos de salud, de un total aproximado de 4000 puestos y centros de salud en Perú. Existe además, otro número significativo de CLAS (alrededor de 150) que no han sido reconocidos oficialmente por el Ministerio de Salud (MINSA) a pesar de que ya han cumplido con los requerimientos necesarios para la firma de contratos.

Como resultado de nuestras reuniones con los funcionarios encargados se propone que se lleven a cabo esfuerzos para organizar dos talleres de 4 - 5 días de duración cada uno, probablemente durante el mes de Agosto de 1998. El primero tendría lugar en Lima Norte como una demostración de los que podría hacerse en áreas urbanas. El segundo sería en un contexto rural a ser seleccionado. Estos talleres regionales serían los primeros de una serie de talleres para

establecer en cada región los **Centros de Auto-Ayuda para el Aprendizaje y Experimentación en Acción** (*SCALE Squared Centers*) propuestos ya en una visita anterior. Este es un esfuerzo realmente pionero y es importante que se actúe rápidamente ya que se están tomando decisiones vitales en relación a la Reforma del Sector Salud.

Los dos propósitos más importantes de estos talleres son:

1. Diseñar los Centros de Auto-Ayuda para promover la reforma en salud en las regiones seleccionadas.
2. Promover la participación comunitaria, cooperación intersectorial y la conservación ambiental.

De nuestras reuniones con los funcionarios del MINSA surgió un consenso de que los éxitos iniciales de los CLAS necesitan ser incorporados a los sistemas nacionales para promover el aprendizaje mutuo y facilitar su ajuste a las actividades de la reforma en salud. Más importante aún, es el no perder la flexibilidad y la iniciativa local, que han constituido los pilares de los éxitos de los CLAS en los cuatro años pasados. Los centros modelo desarrollados para cada región deben constituirse en una Red de Centros de Auto-Ayuda como se describirá más adelante en este reporte.

Los posibles temas a ser analizados por cada grupo de trabajo en estos talleres serían:

- 1) **Grupo I: Cambios gerenciales para mejorar la función de los CLAS y los sistemas nacionales.**

A medida que los sistemas de gobierno cambian como parte de la reforma del sector salud, las actividades de los CLAS pueden contribuir en el proceso evolutivo de adaptación a la diversidad local. Los problemas de los CLAS han sido mayormente el ajustar sus actividades a las

leyes y regulaciones del sistema público y estos problemas pueden resolverse con entrenamiento en manejo gerencial. Algunos de estos problemas son intrínsecos al sistema gubernamental y es necesario realizar un análisis cuidadoso que permita identificar los cambios en los procedimientos que tendrían que hacerse como parte de la reforma del sector salud.

## **2) Grupo II: Redistribución de roles y responsabilidades a través de un análisis funcional.**

Uno de los mayores problemas en la reforma del sector salud es la tendencia natural de las personas en puestos establecidos de resistirse a los cambios. Sólo puede haber progreso en la medida en que se permita que la gente más afectada tome decisiones acerca de su futuro. El método de Análisis Funcional busca un punto de encuentro entre las necesidades y los recursos a través de relacionar a ambos a las funciones. Debe darse oportunidad para que gente conocedora representantes de grupos de proveedores de servicio y de las comunidades tomen parte en una discusión que permita la redistribución de funciones y roles. Las tensiones entre los participantes se resuelven cuando se llega a entender cuál es el lugar de cada uno en el esquema funcional.

## **3) Grupo III - Sistemas de Información.**

Cuando se intenta mejorar el sistema nacional de información es importante reconocer el logro particular de los CLAS en desarrollar su capacidad y llevar a cabo encuestas a nivel de los hogares de sus áreas. Estas encuestas incluyen un censo que permite el cálculo de indicadores y tasas basados en la población del área y que pueden permitir definir las necesidades no satisfechas y evaluar el progreso de las actividades de salud. A su vez, permiten el diálogo en la comunidad para definir prioridades, adaptar soluciones a nivel local basados en el compartir de la comunidad para lograr más recursos, preparar el plan anual, llegar a un acuerdo sobre la responsabilidad en el ejercicio de sus funciones y revisar el progreso de los indicadores para los programas nacionales y

de autoevaluación.

#### 4) Grupo IV - Conservación ambiental y participación intersectorial.

La movilización de las comunidades, y en especial la de las mujeres, conduce naturalmente a una acción integrada en relación a las prioridades de desarrollo, tales como, generación de ingreso, problemas sociales como la violencia, crecimiento poblacional y conservación ambiental. La preservación del ambiente es esencial para la salud ya que todas las comunidades están amenazadas por la contaminación del aire y del agua, la pérdida de áreas verdes, los bosques y la capa superior del suelo, y por los desastres naturales, desde la escasez de agua hasta el exceso de ésta (inundaciones). La biodiversidad peruana es una de las más preciadas en el mundo. Desde la larga línea Costeña del Pacífico a las alturas de los Andes y la riqueza del medio ambiente en los bosques Amazónicos existen tesoros que deben ser preservados para generaciones futuras.

Los participantes en este taller deben incluir tres tipos de participantes o colaboradores que requieren cooperar en el proceso de implementación a gran escala: Líderes, incluyendo funcionarios del gobierno central y regional, especialmente a aquellos involucrados en la reforma del sector salud, quienes podrían involucrarse en profundidad en los grupos de trabajo. Los líderes también incluyen gente de la comunidad que tienen posiciones oficiales o informales en la toma de decisión. Adicionalmente a los funcionarios de gobierno, deberían asistir representantes de las iglesias, negocios, organismos no gubernamentales y otras agencias responsables.

Expertos, son participantes importantes y se requiere dos tipos de ellos. En primer lugar, gente que entienda el proceso de empoderamiento de la comunidad y que pueda guiar cada uno de los grupos de trabajo para desarrollar cohesión, dirección y un reporte sustancial. En segundo lugar, expertos técnicos en disciplinas específicas tales como economía, conservación, ciencias sociales y

derecho, así como, aquellos identificados con salud. Más importante aún son los representantes de la comunidad, y deben invitarse dos tipos. Primero, la población del área de servicio del CLAS que ha sido seleccionado para convertirse en el centro modelo (*SCALE*). De ser posible el taller debe llevarse a cabo en este centro. Segundo, la población de otros CLAS en la región que puedan expresar sus preocupaciones acerca de cómo el centro modelo los ayudaría mejor a ellos.

## ANTECEDENTES

Queremos expresar nuestro reconocimiento por la ayuda recibida durante nuestra visita que permitió hacerla valiosa e intensa, así como por la flexibilidad de las personas que graciosamente cambiaron sus cargados horarios de trabajo a pesar del corto plazo en que se les anunció los planes. El Dr. Nicolás Velarde y la Lic. Lindaura Liendo fueron extremadamente útiles en la coordinación de nuestro horario, empezando con una jornada larga y productiva de trabajo durante el Sábado visitando los Centros CLAS de Lima Norte y Lima Ciudad. Tuvimos excelentes discusiones con el Dr. Pedro Franke y el Dr. Danilo Fernández que nos ayudaron a entender las ramificaciones de la Reforma del Sector Salud en Perú. Sostuvimos varias discusiones con el Dr. José Miguel Arca y el Lic. Carlos Bendezú quienes tuvieron recientemente a su cargo, la difícil tarea de producir una Directiva revisada para clarificar las relaciones confusas entre los CLAS y los sistemas de gobierno. En particular, aprendimos mucho durante la reunión mutuamente ilustrativa con los funcionarios supervisores y administradores del nivel medio de PSBpT. Sus percepciones y entendimiento de la realidad, así como sus preguntas inquisidoras fueron extremadamente valiosas. Muchas otras personas también nos ayudaron a ver direcciones futuras.

En el equipo de Hopkins, la Dra. Patricia Paredes fue miembro del pequeño equipo original establecido por el Ministro de Salud Jaime Freundt-Thurne cuatro años atrás, para conducir el diseño, la implementación y organización del programa . Actualmente ella es candidata al grado de doctor en salud pública en el Departamento de Salud Internacional de la Universidad de Johns Hopkins y trabaja en el Centro de Programas de Comunicaciones de la misma Universidad. El Dr. Carl Taylor es Profesor Emérito en el Departamento de Salud Internacional de la Universidad de Johns Hopkins y fue un miembro del equipo, con la Dra. Paredes y el Ing. Juan José Vera, que realizó las primeras visitas al campo para planificar el programa.<sup>1</sup> Hace dos años, el Dr. Taylor participó también en una evaluación con el Lic. Carlos Bendezi, el Dr. Diego Gonzáles y la Dra. Laura Altobelli, en la cual visitaron una muestra definida de centros con CLAS en las regiones de Cuzco, Tacna, Lima e Iquitos.<sup>2</sup> Durante 1997, dos evaluaciones cuantitativas y cualitativas han sido hechas por la Dra. Laura Altobelli<sup>3</sup> y el Dr. Rafael Cortéz.<sup>4</sup>

Aunque el Perú ha logrado mejoras significativas en salud, la necesidad de la Reforma del

---

<sup>1</sup> Taylor CE, *Community Based Primary Health Care in Peru*, Report to Minister of Health Dr. Jaime Freundt of visits to Health Centers in Ayacucho, Cuzco and Lima by Ing. Juan Jose Vera, Dr. Patricia Paredes and Dr. Carl Taylor. April 10 to 17, 1994.

<sup>2</sup> Taylor CE, *Evaluation of CLAS (Committees for Local Administration) -- A New Component in Health Care Reform in Peru*, Report to the Honorable Minister of Health of visits to Health Centers in Cuzco, Tacna, Lima and Iquitos by Drs. Carlos Bendezu, Laura Altobelli, diego Gonzales and Carl Taylor, Jan. 2 to 15, 1996.

<sup>3</sup> Altobelli LC, *Comparative Analysis of Primary Health Care Facilities with Participation of civil Society in Venezuela and Peru*, Report to Inter-American Development Bank for Conference on Social Programs, Poverty and Citizen Participation, Cartagena, Colombia, March 12-13, 1998.

<sup>4</sup> Cortéz R, *Reformas de Descentralización en el Sector Salud: La Equidad y Calidad de la Prestación de Servicios de los Centros Locales de Salud Bajo Administración Compartida en el Perú*, Documento para el Seminario Final de Programa de Estudios de Reforma de la Educación y la Salud, auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el IDRC, bajo la coordinación de DIDE/LADES, Mayo 1998.

Sector Salud está indicada por la importante y central posición de un grupo con este título y responsabilidad trabajando al nivel del Despacho del Ministro. En nuestras discusiones se acordó que la principal reforma necesaria era el enfocar en los cambios que conduzcan a mejorar la salud de la población, y no sólo en tratar de mejorar la gerencia a través de reorganización de hospitales y de servicios de atención primaria. Las reformas deben tratar de simplificar los sistemas gerenciales para aumentar la eficiencia más que sólo reorganizar las complejas y detalladas reglamentaciones y reportes, los cuales, en la mayoría de los países toman hasta el 50% del tiempo de un trabajador de salud. Las ineficiencias creadas por un flujo masivo de formatos y reporte tienden a asfixiar los sistemas de información. La calidad de los servicios mejora más rápidamente cuando existe una retroalimentación simple y rápida que reconozca los logros del trabajo a través de incentivos en vez de basarse en reglamentaciones punitivas.

Los orígenes del Programa (PAC) se remontan a la ley de 1994 (DS 001-SA) que permitió a las comunidades organizarse en Comités Locales de Salud para firmar un contrato legal con el gobierno a fin de co-gerenciar el servicio de salud (infraestructura, personal y dinero efectivo) a través del compromiso de cumplimiento de metas específicas para mejorar la salud de la población. Este programa fue diseñado en base a las experiencias peruanas innumerables de participación comunitaria con Clubes de Madres, Comedores Vecinales, Comités de Salud de las Iglesias, UNICEF y ONGs y bajo el marco conceptual de trabajos realizados a nivel internacional. Bajo la misma ley, y basada en experiencias piloto exitosas, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) extendió su programa de administración compartida de farmacias (PAC-FARM) a nivel nacional.

Apreciamos la oportunidad de volver a visitar dos centros de salud: El Pino en Lima

Central, y Confraternidad, en Lima Norte. Los centros de salud se encontraron limpios y muy solicitados. En las paredes de las salas de espera de ambos centros se observó el listado de precios por atenciones. Comprobamos que se han identificado personas consideradas pobres de acuerdo a los criterios establecidos por cada comité y para los cuales se aplica un sistema de excepción del pago por servicio. Los actuales presidentes de CLAS y otros miembros se aunaron con entusiasmo a las discusiones con el personal de los establecimientos, y mostraron, justificadamente, orgullo por sus logros.

Sin embargo, en ambos servicios las estadísticas eran difíciles de interpretar porque, a pesar de tener censos de sus poblaciones, los denominadores usados para estimar sus tasas estaban basados sólo en la población que acude al centro y no en la población total. Los médicos y los miembros de CLAS enfocaban las necesidades en el aspecto curativo y en extender los servicios basados en tecnología. En el Pino, el personal estaba deseoso de establecer competencia con centros de salud vecinos a través de la adquisición de equipo moderno para aumentar sus ingresos. Una larga discusión sobre la necesidad de establecer conexiones en vez de competir, adquirir más equipo y tener que gastar en mantenerlo, condujo a un mejor entendimiento del valor de la colaboración en vez de competencia. Otro problema detectado es que el rol de los trabajadores comunitarios de salud ha disminuido. En el Pino no se estaban entrenando nuevos agentes y a los anteriores se les había "premiado" dándoles un trabajo pagado en el centro de salud. Como resultado de esto, la gente parece ahora estar menos dispuesta a trabajar como voluntario a menos que se les de las mismas oportunidades. Sin embargo, los miembros del CLAS estaban muy abiertos a las posiciones que se les presentaron sobre la necesidad de conseguir voluntarios comunitarios que les permitan llegar a hogares que no acuden a los

servicios, y a discutir sobre nuevas posibilidades de trabajar más allá de los límites de los aspectos de salud. Ellos ya habían identificado los problemas sociales, tales como violencia doméstica, y estaban particularmente interesados en aumentar la capacidad de las mujeres para generar ingresos.

El centro de salud Confraternidad, desarrollado por la comunidad misma, ha adicionado nuevos ambientes al edificio original. Una nueva construcción alberga ahora un centro de atención materna y de partos. El CLAS ha comprado nuevas computadoras y tienen registro detallado de todos los pacientes que se atienden en el servicio. Al igual que en el Pino, sus estadísticas están basadas sólo en la población que busca servicios en el centro y no en la población total. Ellos sí tienen trabajadores comunitarios voluntarios en cada comité vecinal, y en esos momentos estaban probando un instrumento de vigilancia epidemiológica a ser manejado por estos voluntarios, en coordinación con una ONG de la zona. Los servicios del centro son usados en forma creciente por poblaciones aledañas fuera de su jurisdicción. El nuevo centro materno infantil, en particular, está atrayendo muchas mujeres de fuera del área. Pudimos observar que en comparación a la asignación de dinero establecida en el contrato con el MINSA, el servicio está generando casi 7 veces más por mes. El ingreso proveniente del fondo rotatorio de medicamentos también ha incrementado casi 4 veces desde 1995. Los nuevos planes para la expansión progresiva de la facilidad incluyen una guardería infantil y un centro atlético con una pista de carreras.

## **PROBLEMAS Y LOGROS DE LOS CLAS A SER DISCUTIDOS EN LOS TALLERES**

Como ocurre en cualquier programa nuevo, existen problemas al igual que logros en los

CLAS. Este reporte no repetirá detalles reportados en previas evaluaciones de que los CLAS han mejorado exitosamente la efectividad y eficiencia tanto de los servicios curativos como de los preventivos, han aumentado la cobertura, reducido la mortalidad, morbilidad y malnutrición y han aumentado dramáticamente su auto-financiamiento. Los beneficios hacia la población están denotados por el alto grado de satisfacción comunitaria, la rápida expansión de CLAS en el país y la demanda evidente de más comunidades que quieren transformarse en CLAS.

Sin duda existen problemas principalmente en las relaciones que mantienen con los servicios de gobierno y mayormente relacionados a los sistemas públicos de administración que tienden a ser más restrictivos. Aún así han podido mantener la autonomía requerida para una participación comunitaria real. Los problemas mencionados no deben sorprendernos, ya que toma años para que los trabajadores públicos aprendan lo intrincado de las reglamentaciones oficiales. Es posible corregir estos problemas con entrenamiento, pero debe existir un reconocimiento suficiente de que el llenado de formatos y formularios, aun cuando parezca importante para los funcionarios de gobierno, tiene baja prioridad para miembros de la comunidad que están prestando su tiempo en forma voluntaria. El MINSA ha indicado que se contratarán contadores y abogados para hacer estas labores, pero debe hacer claro que estos nuevos empleados harán el trabajo detallado y no que sólo ejercerán rigurosas demandas en los trabajadores de salud y en los voluntarios de CLAS. Este nuevo personal debe estar encargado de pagar los impuestos, completar los formatos de reporte mensual o trimestral, llevar la contabilidad con recibos detallados, procesar los complejos planes de salud anual con enmiendas si hubiese algún cambio, y mantener la información en las facilidades de salud en relación a personal, insumos y drogas. El principio que guíe a la reforma del sector salud debe ser el encontrar un balance apropiado entre

si el fin primario del servicio de salud es mantener un complicado sistema gerencial o el de mejorar la salud de la población. Clarificar esta relación gerencial compleja debe ser la responsabilidad del Grupo I en los talleres propuestos.

La evaluación del Dr. Cortez es explícita en cuanto a cómo el balance del control en un CLAS parece estar asociado a cuatro tipos de enfoque: Unos son dominados por un enfoque en gerencia, otros por una orientación técnico-médica, otros se concentran en las preocupaciones y deseos de la comunidad, y algunos tienen la característica que Cortéz denomina "situación confusa". El Dr. Cortéz presenta un análisis fascinante de las relativas fortalezas de los diversos balances y concluye, lógicamente, que un CLAS funciona mejor cuando existe un claro entendimiento mutuo entre las partes sobre los roles y responsabilidades. Cada situación es diferente y debe trabajarse el balance para cada región. El método de "análisis funcional" fue desarrollado para ayudar a determinar un balance regional apropiado y ésta sería la responsabilidad del Grupo II en los talleres propuestos.

La revisión de los sistemas de información es un componente primario de toda Reforma en Salud. Para el caso de Perú, la necesidad de un cambio parece ser particularmente aguda porque la mayoría de indicadores actuales están derivados de una fórmula única basada en los pacientes que asisten al servicio y no se siguen los estándares internacionales de las estadísticas basadas en la población real. Es casi imposible promover equidad si los indicadores de salud no incluyen a la gente que vive en el área asignada a cada facilidad de salud pero que no acuden a los servicios. El sistema actual pierde la ventaja epidemiológica de conocer quienes no están siendo servidos, especialmente cuando ésta es la población que generalmente tiene los mayores problemas. Una manera más directa que el establecer metas artificiales como se ha hecho en el pasado, es el usar

los denominadores poblacionales y los estándares de tasas internacionales. Ya no es cierto que esto es difícil ya que cada CLAS ha desarrollado una capacidad notable que le permite realizar un censo anual a las viviendas de sus áreas. Estas encuestas pueden rápidamente incluir un grupo de preguntas seleccionadas cuidadosamente acerca de los problemas prioritarios y que pueden brindar datos reales para los planes locales, el diálogo comunitario y el incremento anual de avance de la ejecución de estas metas. Este también puede constituirse en el marco adecuado para los indicadores que se reportan a los niveles superiores de la jerarquía de gobierno. El adaptar el sistema de información sería la responsabilidad del Grupo III en los talleres.

El cuarto problema identificado en nuestras discusiones fue el cómo promover la cooperación intersectorial. La salud depende de mucho más que los servicios de salud y la cooperación se facilita cuando las comunidades llegan a todos sus miembros para promover un desarrollo social y económico innovativo e integrado. La pobreza como causa de enfermedad disminuiría en forma sustancial y sostenible con la generación de ingreso; la educación es esencial para un cambio de comportamiento; la seguridad alimentaria es necesaria para mejorar la nutrición; el ambiente requiere ser protegido; y el objetivo final de desarrollo es la cooperación intersectorial para tener poblaciones saludables en ambientes saludables. Como en los anteriores casos, estos determinantes pueden ser adaptados a condiciones locales y ésta sería la responsabilidad del Grupo IV en los talleres regionales.

## **NECESIDAD DE UN NUEVO MODELO PARA LA REFORMA DEL SECTOR SALUD**

Los funcionarios responsables de la reforma del sector salud están particularmente interesados en indicadores de participación comunitaria dado que quieren entender cómo ésta

contribuye en la producción de salud, y porque ésta es la característica distintiva de los CLAS.

Las muchas definiciones e indicadores de Participación Comunitaria usados por los servicios de salud en el pasado se han concentrado principalmente, en la Participación Pasiva - si la gente escuchó e hizo lo que se les dijo que hicieran. Esto lleva a la infeliz palabra "sumisión"

(*compliance*) y no a auto-suficiencia. Por supuesto es útil conocer cuántas reuniones se llevaron

a cabo, cuánta gente asistió, cuántas sesiones educativas se efectuaron, cuántos afiches y otros

materiales impresos se entregaron, cuántas cuñas radiales y televisivas se transmitieron, pero éstos

indicadores de inversión son sólo el comienzo. Mucho más importante son los indicadores de

rendimiento como, cuánta gente usó los servicios, en particular los servicios preventivos

prioritarios. Más importante aún son las medidas de resultados en relación a los cambios

ocurridos en actitudes y comportamientos y a las consecuencias en el estado de salud.

Estos enfoques tradicionales de medición de participación comunitaria son mucho menos importantes que las dinámicas de cambios sostenibles producto de la Participación Activa de la

comunidad cuando ésta asume responsabilidades. El enfoque cambia para medir qué hace la

gente para llegar a sus vecinos, para cambiar las normas de comportamiento de la comunidad,

para organizar acciones de grupos de mujeres, jóvenes, desempleados y de los más necesitados.

Los indicadores vienen a ser cuánta gente ofrece su tiempo voluntariamente para trabajar, recoger

información, tomar decisiones, brindar sus recursos y tiempo, y en particular, para mantener la

acción continua. Es cuando la gente siente que lo que hace produce un cambio en el bienestar de

sus familias y vecindario que la Participación Activa se vuelve real, y no cuando se asiste

pasivamente a las reuniones donde ellos escuchan los mismos mensajes de siempre. La acción

realizada por la comunidad es lo que parece estar produciendo la mayor diferencia en los servicios

con CLAS.

Para entender estas relaciones, puede ser apropiado volver a la conceptualización de Atención Primaria de Salud en la Conferencia de Alma Ata en 1978, donde se definieron tres pilares en que se basaba este concepto: periferalización de servicios tan cerca del hogar como sea posible, participación comunitaria y colaboración intersectorial. La mayoría de los países, incluyendo el Perú, han tenido logros notables en los 20 años desde la declaración de Alma Ata en relación al primer pilar, pero terriblemente mal en los otros dos. Los proyectos comunitarios tales como los CLAS están demostrando actualmente cómo la participación comunitaria puede ser exitosa cuando se apoya a la gente en sus esfuerzos por resolver sus propios problemas. Todavía se tiene un gran reto en promover la cooperación intersectorial. Esto último es difícil para los servicios de salud ya que cuando éstos piden cooperación de otros sectores, esta cooperación es generalmente considerada una carga por el otro sector, que requiere entrar en negociaciones para evitar tomar todo el trabajo. Sin embargo, la cooperación intersectorial no es difícil de lograr para las comunidades, ya que desde la perspectiva de una comunidad no existen sectores, sino sólo existen problemas que tienen que ser resueltos. Así, la comunidad se vuelca a conseguir ayuda a donde sea que encuentre un servicio disponible. Cuando la comunidad solicita ayuda de otro servicio sectorial generalmente se tiene una respuesta más positiva y ese sector está más preparado para brindar el servicio ya que es su trabajo. Los servicios de salud podrían facilitar este proceso pero no deben tratar de controlarlo.

Una auditoria realizada por el MINSA un año atrás mostró que no existían más problemas en los servicios manejados por los CLAS que en los servicios bajo el sistema tradicional del estado. Sin embargo, en nuestras reuniones con los supervisores de campo del PSBpT se

manifestaron quejas sobre problemas prácticos en tratar de que los CLAS sigan las reglamentaciones del sistema del MINSA. Aunque los CLAS han mejorado el nivel de salud, en las poblaciones rurales y urbano-marginales existe una gran preocupación y tendencia entre sus miembros por mejorar la infraestructura física y equipo, usando sus recursos auto-gestionados para convertirse en pequeños hospitales. Este enfoque en logros simbólicos de competencia con servicios vecinos debe ser discutido abiertamente en los talleres, dado que algunos funcionarios están incentivando esta competencia y se requiere conocer cómo se establecería el balance entre esta competencia y la coordinación con los diferentes niveles de una Red.

Se necesita también clarificar cómo los CLAS se incorporarán a los nuevos sistemas de Redes. Se espera que una Red coordine los planes de salud para cada región y reciba fondos del gobierno por partida presupuestaria. Sin embargo, dado que la Red firma convenios con los jefes de los servicios de salud, será necesario hacer ajustes cuando existe servicios CLAS y no - CLAS en una misma Red, ya que ambas difieren en el sistema legal en que se basan para la firma de contrato (CLAS) o convenio (no-CLAS). Existe preocupación en las comunidades acerca de las propuestas de las reformas de gobierno que establecen que los planes locales de salud serán preparados sólo por el gerente del servicio de salud (médico jefe) y las autoridades regionales. La comunidad puede ser marginada en este proceso dado que aún la selección de los miembros del CLAS parece depender aún más de la decisión del jefe del servicio y no de un proceso abierto de elección comunal. Esto limitará la participación de miembros de la comunidad que no pertenecen a organizaciones establecidas, la gente con mayor necesidad de ser escuchada, y miembros de la comunidad que no son amigos del jefe del establecimiento. Otra preocupación es que los ingresos generados en servicios del MINSA (PBSpT) son enviados al nivel superior (UTES) para ser

reembolsados posteriormente en bienes y servicios, mientras que la dinámica del CLAS requiere que las comunidades mantengan su independencia de manejo de estos fondos. Esta expectativa del manejo de fondos puede ser el motor que empuje el entusiasmo y el deseo de participación de estas comunidades y debe ser preservada dentro de la reforma.

## **MODELOS PARA ASCENDER HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

La mayoría de países, incluyendo el Perú, han puesto un mayor énfasis en hospitales de nivel secundario y terciario que utilizan la mayoría del dinero disponible en un sistema de salud y atraen más la atención. Sin embargo, este enfoque no produce un sistema racionalizado de salud ya que estas instituciones están forzadas por presión local a proveer también servicios de atención primaria. Mucho del dinero y tiempo del hospital va a un saco sin fondo en el afán de satisfacer la demanda insatisfecha por servicios simples en vez de concentrarse en su rol más especializado. La demanda popular luego conduce a descuidar los servicios de atención primaria que continúan otorgando servicios de pobre calidad. Esta es la mayor causa de inequidad porque el llegar a la gente con necesidades mayores implica brindar el servicio dentro del contexto vecinal.

Peru parece tener hospitales en la mayoría de los sitios y ha construido unidades de atención primaria en gran parte del país. Pero los problemas parecen ser más evidentes al nivel intermedio. Coincidimos con el énfasis que se está dando a la necesidad de un sistema de REDES para proveer una mejor conexión en el punto de encuentro entre las funciones que vienen del nivel más alto del sistema al nivel inferior y las que ascienden del nivel inferior al superior. Cualquier intento de extrapolar esquemas en la forma de patrones establecidos o uniformes para todo el país no funcionaría en Peru debido a su extrema diversidad. El proceso de establecer las REDES

puede utilizar las mejores experiencias del pasado, pero debe estar abierto a las innovaciones de la movilización social que ayuden a la gente a resolver sus problemas a nivel local.

Como producto de nuestras discusiones con los funcionarios involucrados en la reforma del sector salud se desarrolló un modelo de reforma en salud (Figura 1) que se diferencia del método tradicional de tomar una experiencia exitosa y tratar de desarrollarla en gran escala utilizando un patrón singular de réplica para todas las regiones. Los conceptos subyacentes a este modelo son presentados con mayor detalle en una monografía publicada por UNICEF en *Llevando a Escala el Desarrollo Social Basado en la Comunidad*<sup>5</sup>. La antigua polarización entre quién debe controlar y tomar las decisiones, si los funcionarios, expertos médico-técnicos, o la comunidad, es falsa dado que los tres tipos de personas son necesarios. Sin embargo, en cada situación, debe dárseles la oportunidad de establecer juntos el balance de sus relaciones y progresar hacia una sociedad de trabajo.

No existe una solución universal para los problemas locales pero sí existe un proceso universal para encontrar las soluciones locales apropiadas. La monografía de UNICEF describe un proceso a ser implementado en cuatro etapas de crecimiento progresivo y no mecánicamente en una secuencia temporal prescrita. El modelo de la Figura 1 muestra que la reforma del sector salud puede ser construida en la fundación de la atención primaria de salud integral o comprehensiva. Las unidades locales son llamadas Comunidades de Escala Uno (*SCALE One*) en la monografía de UNICEF, con las siglas que se traducen en Selección de Comunidades como Ejemplos de Aprendizaje (*Selecting Communities As Learning Examples - SCALE*). Cuando

---

<sup>5</sup> Taylor-Idé D. and Taylor CE, *Community Based Sustainable Human Development - Going to Scale with Self-Reliant Social Development*, New York: UNICEF Environment Section, 1995.

existen CLAS dispersos en una región, el que mejor demuestra el empoderamiento comunitario es seleccionado como un modelo que facilite la extensión del proceso a todos los servicios de salud.

La parte intermedia del proceso de extensión es la RED, la cual es una red de Centros de Escala al Cuadrado (SCALE SQUARED Centers), sigla derivada del Inglés que se traduce como Centros de Auto-Ayuda para el Aprendizaje y Experimentación en Acción (Self-help Centers for Action Learning and Experimentation). Se le considera elevado al cuadrado porque no sólo es una comunidad ejemplo de aprendizaje, sino que cumple dos funciones distintas al constituirse en el nodo de la Red: La primera, es la de ser la base organizacional del aprendizaje en acción en comunicación, entrenamiento y supervisión para el resto de la región. Es importante que los centros de Escala al Cuadrado no se transformen en una institución en un edificio, sino que siempre funcionen como un agregado de las comunidades en el área de los CLAS. Esta red debe trabajar en colaboración con el hospital local pero no como parte del hospital debido a la inevitable confusión del rol más importante del hospital como es el de proveer eficientemente cuidados de atención médica secundarios y terciarios. Sólo una pequeña proporción del aprendizaje en acción en el continuo entrenamiento de programas debe llevarse a cabo en salones pero la mayoría debe tener lugar en los hogares y actividades comunitarias donde los que están siendo entrenados acompañen a los trabajadores en sus tareas rutinarias. Así se aprende a realizar el trabajo comunal con la gente como un equipo y también se tiene la oportunidad de hacer preguntas a aquellos que realmente hacen el trabajo, así como a adaptar las respuestas a sus propias condiciones de trabajo. La indicación más importante de éxito es cuando los participantes de un curso de entrenamiento se van diciendo: "He aprendido que puedo hacer lo que he visto hacer a otra gente como yo". Esta auto-confianza produce un cambio fundamental

de actitudes y valores que es el fundamento de la nueva sociedad con el estado.

La segunda función de los Centros de Escala al Cuadrado es la experimentación o la investigación participativa para hallar soluciones a problemas prioritarios locales. Las soluciones a los problemas pueden ser compartidas y trabajadas en conjunto. En estos centros se forma la capacidad específica para hacer estudios poblacionales que determinen cuáles de entre varias opciones alternativas funcionan mejor bajo las circunstancias locales. La más importante es cómo generar participación comunitaria a fin de lograr equidad y auto-empoderamiento. Cada centro de Escala al Cuadrado debe contar con un panel de expertos que puedan proveer la asistencia técnica en disciplinas particulares, con una representación fuerte de los expertos en ciencias sociales.

El componente superior del modelo de la Figura 1 es un marco organizacional a nivel nacional o también llamado Escala al Cubo (*SCALE Cubed*). Originalmente, la sigla usada para este nivel reflejaba la Colaboración Sostenible para Aprendizaje y Extensión Adaptativa (*Sustainable Collaboration for Adaptive Learning and Extension*) para enfatizar las principales funciones de establecer y conectar las REDES. La experiencia en muchos países nos ha demostrado que todos los esfuerzos para implementar esta clase de llevar a escala una experiencia enfrentan una barrera u obstáculo universal. Los programas fracasan porque las personas en posiciones de poder, equivocadamente, ven el empoderamiento comunitario como una amenaza a sus posiciones y privilegios. Estas personas tienen una mentalidad de juego totalitario (todo o nada) y asumen que el beneficiar a la población despojará de lo que tienen a aquellos que tienen algo. No llegan a entender la realidad que el desarrollo social beneficia a todos y que los líderes y expertos pueden ganar crédito cuando la comunidad total tiene éxito en desarrollarse. Por esta

razón, la sigla (SCALE cubed) ahora refleja el Sistema de Cambiar Actitudes de los Líderes y Expertos (*System for Changing Attitudes of Leaders and Experts*). Este último se basa en lograr que grupos de líderes y expertos potenciales acudan a un Centro Escala al Cuadrado para demostrarles cómo una sociedad de trabajo efectiva puede desarrollar confianza y colaboración mutua.

**Figura 1. MODELO DE LLEVAR A ESCALA  
LAS TRES ETAPAS DE LA REFORMA EN SALUD**

A NIVEL CENTRAL - ESCALA AL CUBO  
COLABORACION SOSTENIBLE PARA EL APRENDIZAJE Y EXTENSION ADAPTATIVA  
SISTEMA PARA CAMBIAR ACTITUDES DE LIDERES Y EXPERTOS

NIVEL REGIONAL - RED  
RED DE CENTROS DE ESCALA AL CUADRADO  
CENTROS DE AUTO-AYUDA PARA EL APRENDIZAJE Y LA EXPERIMENTACION EN  
ACCION

NIVEL COMUNITARIO Y DEL CENTRO DE SALUD  
CENTRO DE ESCALA UNO - CLAS  
COMUNIDADES EXITOSAS COMO EJEMPLOS DE APRENDIZAJE