

INFORME DE CONSULTORIA

ANTE PROYECTO DE LEY SOBRE COGESTION EN SALUD

PRESENTADO POR:

Ing. Econ. Juan José Vera del C.

Lima, 21 de Marzo del 2004

TABLA DE CONTENIDO

PRESENTACIÓN

**1.- EL ANTE PROYECTO DE LEY SOBRE LA COGESTION EN SALUD:
RESEÑA Y CONTENIDOS**

2.- ANALISIS Y CONCLUSIONES

3.- RECOMENDACIONES

ANEXO 1

LOS CLAS: DISEÑO Y PROBLEMÁTICA

ANEXO 2

FICHAS TÉCNICAS DE REUNIONES Y ENTREVISTAS

- **Consejo nacional de Descentralización**
- **Centro de Planificación Estratégica**
- **Evento sobre Sistematización de los aportes recogidos en los certámenes de consulta macroregionales.**
- **Panel Fórum sobre Descentralización en Salud (Tarapoto)**
- **Entrevista a 8 Gerentes de la Red de Moyobamba**
- **Entrevista a la Gerente del CLAS de Morales en Tarapoto**

PRESENTACIÓN

De conformidad con lo establecido en el Contrato firmado con Abt Associates Inc., mediante el presente documento se pone a consideración las conclusiones y comentarios respecto a las potencialidades y alcances del Anteproyecto de Ley de Participación Ciudadana y Cogestión en Salud que ha sido dada a conocer por la Sub Comisión Parlamentaria de la Comisión de Salud del Congreso de la República.

Tratándose de una breve consultoría y que el tema aún no se encuentra desarrollado plenamente en la Comisión de Salud del Congreso de la República, las conclusiones aquí presentadas tienen carácter de preliminar y podrán variar en la medida que se produzcan los nuevos documentos. Para ordenamiento del trabajo, el documento se encuentra dividido en cuatro partes.

En el primero de ellos se presenta los que a mi concepto son los principales problemas que por “fallas de diseño” o que como resultado de las acciones propias en el proceso de ejecución presentan los CLAS en la actualidad. En todo caso se trata de mostrar esta problemática, a fin que se pueda evitar su repetición en el diseño de una nueva propuesta de cogestión.

En el segundo punto del informe se hace una presentación de los contenidos y alcances del Anteproyecto de Ley presentado por la Sub Comisión de Salud del Congreso de la República.

A partir de esta información, en el tercer punto del informe se desarrolla un análisis del documento del Congreso, intentando destacar sus potencialidades y limitaciones, de cara a la propuesta inicial de los CLAS, así como al entorno del proceso de descentralización en salud que se encuentra en curso. Dicho capítulo es presentado como comentarios a manera de conclusiones y luego precisar algunas recomendaciones.

También se presentan seis fichas sobre los eventos en los que se ha participado o entrevistas personales cuyas conclusiones considero de importancia, para un mejor enfoque de las Conclusiones a que se llega en el trabajo

Finalmente y en forma sucinta, en Anexo 1 se presentan las Características que originalmente se consideraron deberían ser los CLAS, a fin que nos sirva de referencia para determinar no sólo algunas comentarios sobre su situación actual, sino especialmente para inferir conclusiones respecto a los alcances del contenido del Anteproyecto de Ley.

Adicionalmente y en cumplimiento de las condiciones contractuales el presente informe va acompañado de una exposición en Power Point.

Lima 10 de Marzo del 2004

1.- LA PROBLEMÁTICA DE LOS CLAS

El ímpetu inicial de los CLAS ya ha quedado muy atrás. Sin embargo, diez años después de su diseño, y creación alrededor del 30% de establecimientos del primer nivel de servicios de salud funcionan bajo esta modalidad. Hay múltiples factores que pueden analizarse respecto a la situación actual del Programa. La oportunidad más bien invita a reflexionar sobre las limitaciones objetivas que se perciben al ver en funcionamiento los CLAS en la actualidad. El basamento de las apreciaciones, que a continuación presento, son producto de múltiples visitas a establecimientos en los últimos años, pero más específicamente a los realizados durante la ejecución de la consultoría, en las ciudades de Lima (Los Olivos y Lurín así como en Tarapoto (Morales) y Moyobamba (Red de servicios de Salud).

Los CLAS fueron diseñados para ser motores, factores y elementos del cambio y coadyuvar en la reforma sectorial. Mi impresión es que por factores que describiré más adelante se han alejado de ese rol. En gran medida han dejado de pertenecer al área activa del cambio. Mi impresión es que en forma generalizada la “normatividad” MINSA, las disposiciones originadas en el concepto de Caja Única del Tesoro Público y múltiples aspectos que los identifiqué como “falla de diseño”, han impedido que la vigencia de los CLAS esté acompañada de un fuerte sentido de liderazgo. Es verdad que no todos los CLAS son iguales y que hay casos exitosos, en los cuales se mantiene vivo el mensaje de reforma. Pero en la mayoría de los casos los procedimientos administrativos del MINSA, las “medidas” dictadas por las Direcciones Regionales, han llevado a los CLAS a ser un formalismo que respetan, en especial por la existencia de contratos o porque no se puede ir contra la comunidad organizada, pero al cual se obvia en el planeamiento, la administración y toma de decisiones en la mayoría de los casos. En síntesis, por lo general, en la actualidad los CLAS existen pero no lideran. Veamos algunos argumentos.

1.1. DISEÑO FUERA DE CONTEXTO DE UNA REFORMA DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y DEL ESPÍRITU CONSTITUCIONAL.

Introducir en la gestión pública normas jurídicas y procedimientos administrativos propios de la actividad privada, en todas las etapas de la planificación, administración y control, con el propósito de modernizar y transparentar el trabajo público, es una de las propuestas maximalista en las tendencias de la Reforma del Estado. Su diseño, aplicación y seguimiento debió estar en el marco de una acción integral, salvo que expresamente sea reconocida como “piloto”, pero para todo el sector público. Este no fue el caso de los CLAS. Su diseño y ejecución rápida, que en algún momento fue una fortaleza desde la perspectiva del cambio, es una gran debilidad en el proceso de ejecución y control. Los CLAS, pese a la mayor buena voluntad de sus integrantes, ha resultado una propuesta sin soporte exterior, sujeto a los vaivenes de las actividades de la administración pública tradicional.

Es también una “falla de diseño” el no haber considerado los alcances de la Constitución del Estado, que da a los municipios un rol de responsabilidad en el manejo de la salud en sus ámbitos y de los axiomas descentralistas que enuncia. El diseño, desde un inicio, debió prever qué hacer cuando los municipios y los Gobiernos Regionales asumiesen su organización y roles constitucionales a plenitud. No se lo hizo y fue una omisión con repercusiones importantes ahora.

1.2.- REFORMA EN EL PRIMER NIVEL DE SERVICIOS DE SALUD AL MARGEN DE LA IMPLEMENTACION DE REFORMAS EN LOS OTROS NIVELES.

El análisis realizado en el párrafo anterior es igualmente válido para la situación sectorial. Tengo la impresión que los CLAS avanzaron en el proceso de reforma mucho más rápido que los diseños y planteamientos formulados y obviamente ejecutados para los niveles de servicios de mayor complejidad y especialización. Por lo mismo, cualquier esquema de referencias y contrarreferencias o la prédica por una reforma institucional, quedaban objetivamente, fuera del contexto en la promoción de los CLAS. La fortaleza de haberse ejecutado con celeridad el Programa de Administración Compartida tiene un contrapeso, un gran pasivo: ser un proceso aislado y por lo tanto vulnerable.

Esto también llama a la reflexión sobre la necesidad de contar con un solo planteamiento respecto al primer nivel de servicios del Estado a nivel nacional. Es decir al que brinda el MINSA, las Fuerzas Armadas y Policiales y Es Salud. Los CLAS quedan cortos frente a este tema.

1.3.- PRIVILEGIAR INICIALMENTE UN CLAS POR ESTABLECIMIENTO.

La primera visión exageró en la propuesta de un CLAS por establecimiento, cuando el propio diseño proponía la alternativa de un CLAS por una Red de servicios. En el Primer manual de CLAS, editado por el MINSA con el apoyo de

UNICEF contiene un capítulo denominado ¿Cómo administra el CLAS una red de establecimientos de salud?, en donde se deja claramente establecida la alternativa.

La estrategia inicial de implementación puso énfasis en trabajar a los establecimientos aisladamente. Sin embargo la tendencia fue variando. Ya al concluir la primera etapa de tres años habían 540 CLAS, pero que administraban 750 establecimientos.

Son notables los errores de implementación de “un CLAS un establecimiento” en los casos de Chota, Madre de Dios y Piura .

1.4. CONTRATOS Y ACUERDOS DE GESTION.-

Es probable que las vulnerabilidades expresadas en los tres acápite anteriores se encuentren expresadas en el desarrollo de la propuesta de redes con Acuerdos de Gestión. Esto es materia de un análisis mayor. Sin embargo señalemos que los Acuerdos de Gestión, en la medida que son una fijación de roles y metas programáticas exclusivas entre funcionarios públicos, expresan un claro retroceso respecto a las propuestas de introducir criterios de gestión diferentes a los que tradicionalmente han dominado el escenario de la administración pública. Los Contrato para la ejecución de los Programas de Salud Local no concilian cabalmente con las Acuerdos de Gestión. Sin embargo, es bueno reconocer que los CLAS recibieron un rol en la creación de redes. Sin embargo, se privilegió la normatividad MINSA tradicional, lo cual origina que limitaran los espacios de liderazgo de los CLAS, convirtiéndolos progresivamente en parte de la maquinaria predominantemente estatal.

1.5. LIMITADO ÉNFASIS EN LA TRANSPARENCIA DE LAS ACTIVIDADES DE LOS CLAS.

El cambio de valores y una ética distinta en la gestión pública, no puede ser sólo una propuesta al momento de la ejecución. Tiene que ser una práctica. Tengo la impresión que la instalación de sistemas de transparencia y control, como parte sustantiva de la propuesta CLAS, fue puesta en un segundo plano. A la postre resultó algo muy negativo, pues no habiendo sustitución de valores en los actores, la propuesta de cambio queda reducida a acciones puramente administrativas, razón por la cual el peso de la normatividad del MINSA tradicional, ha tenido más peso que los impulsos de reforma sectorial, que de alguna manera representaban los CLAS. La ausencia de éste énfasis abre las puertas a la politización o a actos de corrupción, que por fortuna han sido mínimos.

1.6. ÉNFASIS EN LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA COMO PROPÓSITO DEL CLAS.

Este tema más que un problema de diseño, ha sido un problema de ejecución y de interpretación. El hecho es que en muchos casos se ha presentado la propuesta de participación comunitaria como lo sustantivo de los CLAS. No siendo la afirmación para nada negativa, es sumamente riesgosa, pues no debe olvidarse que lo central de los CLAS es dar más y mejor salud. En tal sentido, debe subrayarse que la participación comunitaria es el instrumento para dar mayor eficiencia al gasto público y eficacia a la acción administrativa de los establecimientos del primer nivel. Queda claro que si en la experiencia peruana hubiéramos encontrado otras formas de alcanzar esas metas, sin contar con la presencia comunitaria, se habrían adoptado.

Por lo mismo, la presencia comunitaria no es parte de una respuesta al problema de la falta de democracia real en el país. Ayuda en algo, pero no es su objetivo. El problema está que se evalúe a los CLAS por la fuerza o legitimidad participativa comunitaria y no por la calidad o mejora en los servicios de salud.

1.7 EL PROBLEMA DE LA CAPACITACION.

Desde un inicio la necesidad de capacitar a todos los actores involucrados en el tema CLAS fue una preocupación central. Si bien es una labor lenta y de mucha persistencia, la alta rotación de los involucrados restaba peso a las acciones realizadas. Es claro que no hay posibilidad de éxito en el trabajo CLAS sin una adecuada capacitación. Esta actividad es tan sustantiva como la de contar con un adecuado Programa de Salud Local. Cuando se limita o, peor, elimina la importancia de la capacitación o la formulación adecuada de los PSL, se está descartando la posibilidad de éxito del modelo.

Adicionalmente, otro gran fallo en este tema fue haber dado menor importancia inicial en la capacitación a los profesionales de la salud.

Es mi impresión que la capacitación ha sido relegada notablemente en las prioridades sectoriales. En algunos casos por razones presupuestales, pero en otros por ausencia de interés en consolidar la propuesta.

1.8. LOS CLAS COMPLICARON LAS RELACIONES LABORALES.

La propuesta era trabajar con leyes laborales no públicas, a fin de introducir nuevas condiciones en las relaciones de trabajo, que privilegiaran la productividad, el compromiso y la transparencia. Se pensó que introduciendo esta nueva lógica, opuesta a la de contratar por Servicios No Personales y cualitativamente mejor al ineficiente sistema de nombramientos públicos, iba a dar resultados positivos. No fue así. Es fácil constatar el conflicto entre trabajadores pertenecientes, en su contratación, a diferentes Leyes Laborales. Cada quien busca los beneficios unilaterales.

En los últimos años los CLAS han abandonado la posibilidad de aplicar medidas de premiación e incentivos por mejor rendimiento. En este sentido los sindicatos con diseño centralista (Únicos) han jugado un rol opositor importante. Ha quedado lejos la propuesta de utilizar las leyes laborales del sector privado como una nueva forma de ver las cosas, aunque ha mejorado mucho la forma de contratación del personal asistencial y profesional que gozan de algunas ventajas (Vacaciones, sueldos de gratificación, etc) considerando que, alternativamente, sólo tenían la vía de “Contratación por Servicios No Personales”

1.9. LIMITADO COMPROMISO DE PROFESIONALES DE LA SALUD.

La preocupación por capacitar a la comunidad e involucrarla en los temas de la administración y sobretodo las responsabilidades administrativas y legales que se contraían, dejó en un segundo plano la capacitación selectiva a los médicos, enfermeras y el resto del personal profesional sectorial involucrado en los CLAS. Esto derivó en una falta de compromiso. Los Jefes de establecimientos, que gozan de nombramientos como funcionarios públicos, sentían que su autoridad era mellada, resistiéndose a liderar la implantación de un sistema que logre un gasto más responsable y la necesidad de elevar la productividad. En algunos casos salieron a relucir inobjetable situaciones de corrupción, en donde la presencia comunitaria era incómoda.

Algunos Jefes de Establecimiento o Gerentes contratados por los CLAS buscan emular la situación del personal MINSA, quienes gozan de estabilidad sea cual fuese su rendimiento.

1.10 SUBESTIMACIÓN DEL PODER SINDICAL

Por su parte los sindicatos y gremios profesionales, veían en los CLAS una forma de peligro para su hegemonía y representatividad única, por cuanto se abandonada el sistema centralizado de una sola patronal y se implementaba sistemas descentralizados, en donde las relaciones laborales se encuentran sustentadas por contratos y merecimientos, regulados por las leyes laborales y donde los beneficiarios de los servicios actuaban como empleadores directos.

El conflicto resultó inevitable. La arremetida llevó a dos Ministros (uno de ellos mediante Resolución Ministerial) a comprometerse a eliminar los CLAS como parte de la negociación de pliegos de reclamos. Si bien estas circunstancias fueron superadas, legó un enrarecimiento en las relaciones laborales de los dirigentes de los CLAS con las dirigencias nacionales, regionales y locales de los Sindicatos. Esta situación repercutió en la ejecución de los Programas de Salud Local, que fueron identificados por los dirigentes de la administración tradicional como un elemento perturbador, que obligaba a cumplir metas, y explicitaba compromisos contractuales, cosa que antes nunca se había exigido.

1.11.EL TEMA DE MEDICAMENTOS NUNCA SUPERADO

Intentar abarcar el tema de comercialización de medicamentos es una responsabilidad que el tiempo ha demostrado que es absolutamente necesaria y positiva. Sin embargo creer que una medida de cambio, sin respaldo político continuo y sin un soporte institucionalizado tenía la fuerza para superar los inmensos intereses que a todo nivel tiene la comercialización de medicamentos, fue un gesto de sobrestimación en el diseño del PAC – FARM. Los mecanismos administrativos y de intereses que bordean en todos sus flancos a la acción de la DIGEMID y los movimientos de dinero en efectivo en los establecimientos, expresan una fuerza que supera la intencionalidad del cambio. Sin embargo, el principio debe seguir siendo el mismo, es decir: los Centros y Puestos de Salud

deben disponer de medicamentos e insumos con oportunidad y al mejor precio posible, por encima de cualquier otra consideración administrativa.

2.- RESEÑA DEL ANTE PROYECTO DE LEY SOBRE LA COGESTION EN SALUD.

En principio vale la pena señalar que para los responsables del trabajo al interior de la Sub Comisión del Congreso de la República, el o los documentos presentados para discusión, son como lo indican los titulares del mismo un “Primer Borrador”, que no alcanzan a ser un Ante Proyecto de Ley. No dejan de tener razón, pues un Ante Proyecto de Ley, para ser denominado como tal, debe ser aprobado por una Sub Comisión y elevado como tal a una Comisión del Congreso de la República. El documento que salga de la Comisión es un Proyecto de Ley, que como tal ingresa al Pleno del Congreso, en donde puede o no convertirse en Ley.

Respecto a la presentación y contenido del documento puesto a consulta por la Sub Comisión del Congreso, se puede resumirse en:

2.1. ESTRUCTURA

El documento está compuesto por un Título Preliminar y once capítulos, que agrupan ordenadamente cuarenta y siete artículos. Adicionalmente, se añade un capítulo con cinco disposiciones complementarias, transitorias y finales.

1.2 OBJETO DEL PROYECTO

“...PROMOVER Y REGULAR LA PARTICIPALIDAD CIUDADANA EN EL SECTOR SALUD...”

PRINCIPIOS RECTORES

- Universalidad
- Corresponsabilidad
- Transparencia
- Voluntariedad
- Institucionalidad
- Equidad
- Pluralidad
- Solidaridad

Es importante el artículo primero del Título Preliminar, que establece el objetivo de la ley, que sería "...promover y regular la participación ciudadana en el ámbito de salud....establecer una política de...cogestión..", para luego señalar ocho principios rectores (Universalidad, Corresponsabilidad, Transparencia, Voluntariedad, Institucionalidad, Equidad, Pluralidad y Solidaridad).

En el Capítulo primero señala el marco en el que se dará la participación ciudadana en salud. Es una presentación breve y conceptual.

En el Segundo Capítulo se presenta la Organización, proponiendo la creación e introduce por primera vez (sin definirlo) el de cogestión en salud.

En el tercer Capítulo, habla de la administración de la cogestión. Rescata la firma de contratos de Administración Compartida entre el Comité de Gestión de Salud y el Gobierno Regional y uno segundo de Gestión con el gobierno local o distrital.

En el capítulo cuarto se señalan las funciones. Introduce la necesidad de formular un Plan de Salud Local y la obligatoriedad de invertir (el Comité de Participación Ciudadana) todos los recursos en su ejecución.

En el Capítulo quinto se trabaja sobre las medidas de fiscalización y control, que estarán a cargo de la Contraloría General de la República.

En el capítulo sexto se aborda el tema del Régimen Económico y Financiero, introduciendo que los gastos administrativos de los Comités de Cogestión estén a cargo del presupuesto público.

En el séptimo capítulo se establece el Régimen laboral y de capacitación, expresando el respeto a los diferentes regímenes laborales, todos los cuales pasarán a ser administrados por los Comités de Cogestión.

En el siguiente capítulo, el octavo, se presentan los "Mecanismos de Participación Ciudadana", en Salud. Se crea un sistema nacional y mesas de negociación a nivel regional. Los acuerdos que adopte la mesa tienen carácter vinculante para el Estado y los Comités de cogestión.

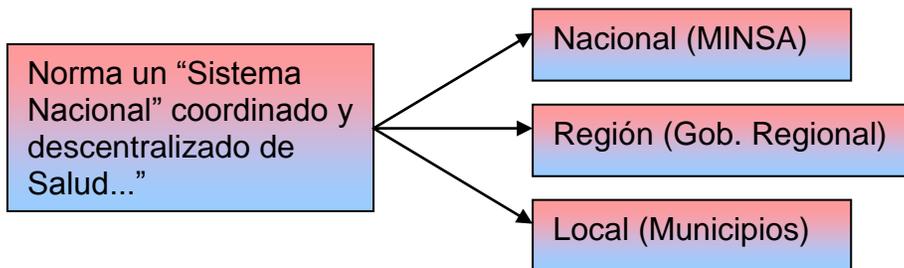
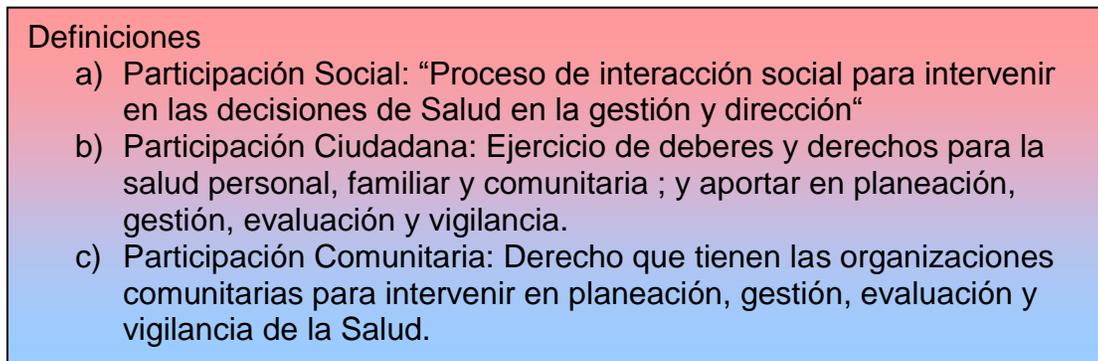
Las sanciones son abordadas en el Capítulo noveno, las mismas que están dirigidas a accionar las instancias administrativas y judiciales respectivas.

El Capítulo décimo se avoca al tema de Defensoría ciudadana, activando los alcances de la Defensoría del Pueblo y autorizando la conformación de veedurías ciudadanas o juntas de vigilancia.

En el último capítulo, el once, establece la necesidad de funcionar un sistema coordinado entre los niveles regional y local, considerando la participación ciudadana como requisito.

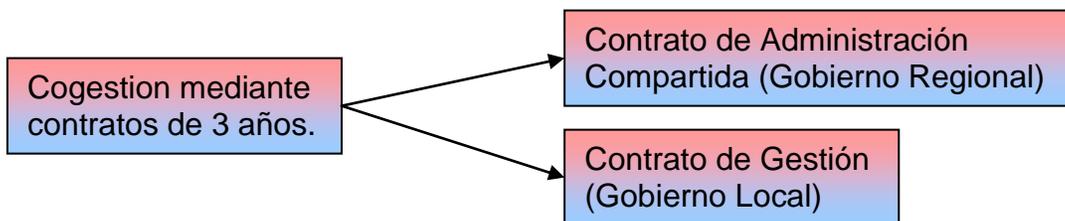
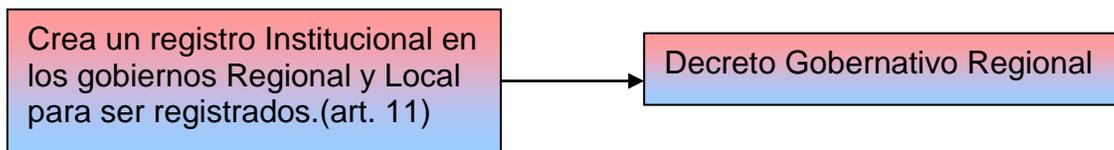
Finalmente, las disposiciones complementarias, transitorias y finales, refuerzan la manera de cómo instrumentar la propuesta en conjunto, para lo cual establecen las responsabilidades para crear los Comités, la formulación de informes y que las actividades administrativas en su ejecución y control aplicarán las normas utilizadas por el sector privado cuando contrata con el Estado.

PRINCIPALES CONTENIDOS



Crea Comités de Participación Ciudadana “... Son de carácter Solidario sin fines de lucro y apolíticos...”

Derechos y obligaciones del Ciudadano: planear, diseñar, ejecutar y evaluar las decisiones regionales y locales en salud



Los Gastos de funcionamiento de los “Comités de Cogestión en Salud” serán presupuestados por el Estado. Los miembros no perciben ingresos.

Régimen Laboral Mixto (Publico y Privado)

Conformación de Mesas de Negociación con Comités de Participación y los Gobiernos Regional y Local

Carácter Vinculante de los Acuerdos.

Sanciones Administrativas y Judiciales.

Defensoría del Pueblo asume la defensa de la participación ciudadana.

Crea “veedurías ciudadanas” o “Juntas de Vigilancia” para el Sector Salud.

Vigencia de normas aplicables a la administración privada bajo el rol rector del MINSA.

Administrativos

Contables

Legales

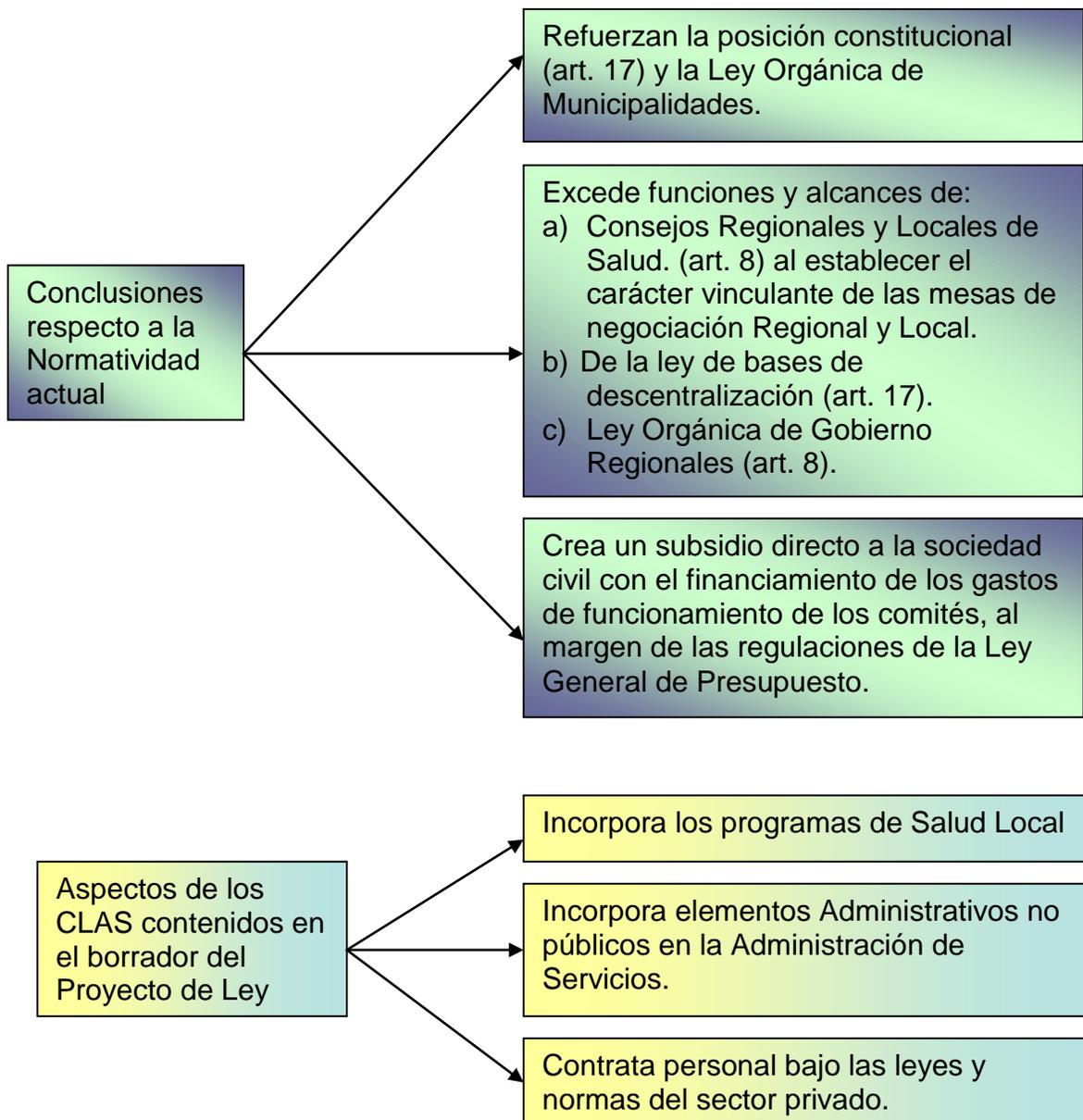
Sanitarios

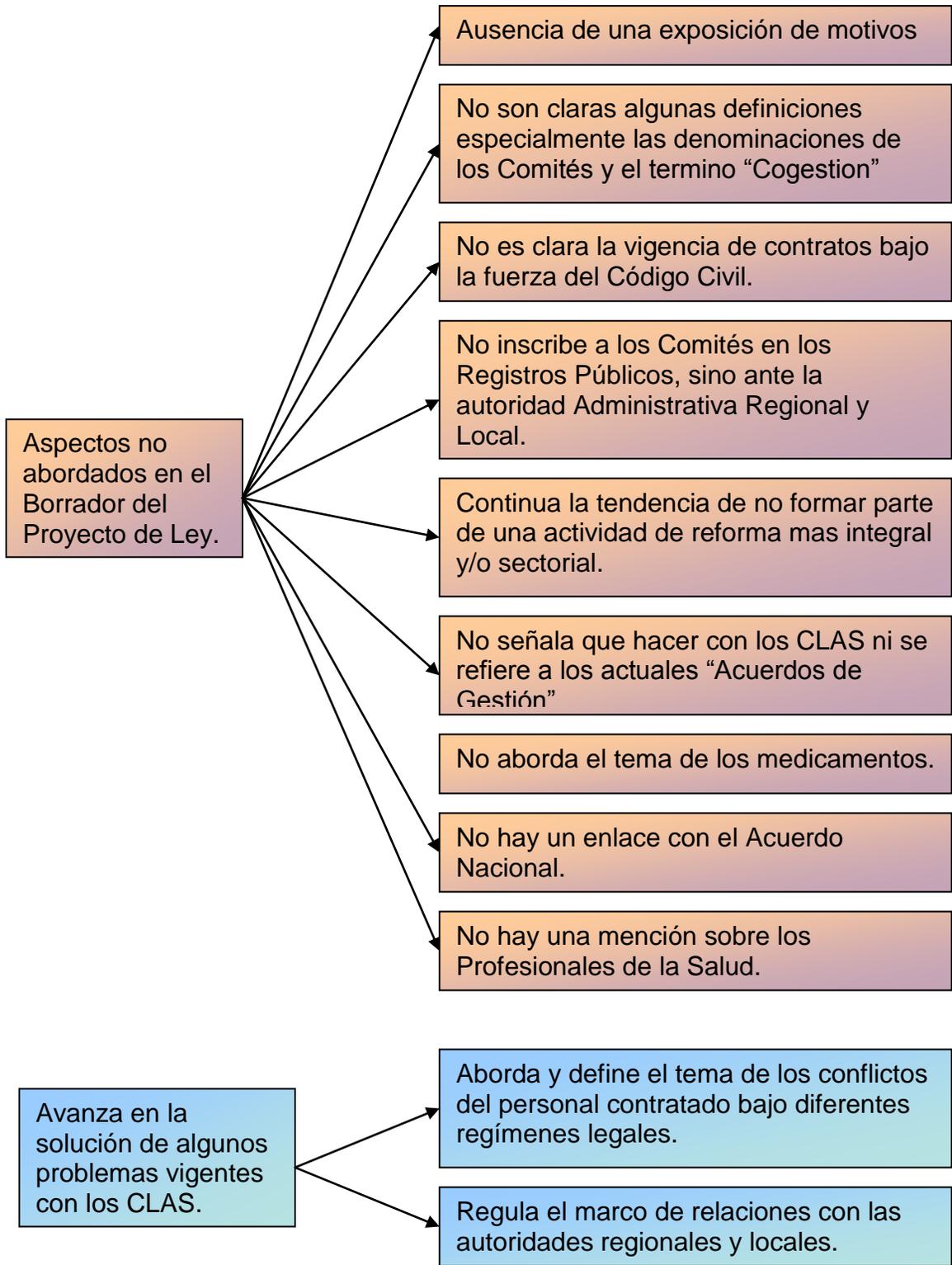
3.- A MANERA DE CONCLUSIONES.

El presente primer análisis del Borrador de Trabajo del Anteproyecto de Ley de la Sub Comisión del Congreso de la Republica, es realizado a partir de los avances vigentes en el proceso de descentralización del país y el sector, así como la experiencia referida a los CLAS presentada en la primera parte del presente informe, y las conclusiones personales extraídas del evento regional que promocionó la instalación del Consejo Regional de Salud en Tarapoto, el evento para revisar la Sistematización de las Consultas Macroregionales del Borrador del Anteproyecto de Ley de Participación Ciudadana en Salud organizado por Catalyst y algunos aspectos del Taller sobre Mapa de la Descentralización de Competencia del Sector Salud organizado por PHR Plus, además de las

entrevistas a dirigentes CLAS de varios lugares del país y a los responsables de la Oficina del Acuerdo Nacional, Consejo Nacional de Descentralización, MINSA y los responsables técnicos de la Sub Comisión de Salud del Congreso de la República.

RESUMEN DE CONCLUSIONES





3.1. Siendo un documento borrador es conveniente poner énfasis en las líneas maestras de la propuesta y avizorar sus perspectivas. Esto obvia cualquier comentario sobre los aspectos formales y el detalle del articulado. En este sentido considero que el documento, en su conjunto, es un valioso punto de partida para discutir el tema de la participación ciudadana en salud y concluir en una propuesta que supere la situación actual. Refuerza el criterio que es posible incorporar elementos no públicos y comunitarios en el planeamiento y la administración de unidades operativas estatales, que prestan servicios en el primer nivel de salud. (lo cual no necesariamente es válido para las unidades operativas sectoriales de mayor nivel y complejidad, en donde puede ser más viable privilegiar acciones de dirección y control)

3.2. Consolida algunos aspectos de la experiencia de los CLAS, como son la incorporación del Programa de Salud Local, la seguridad jurídica de los Contratos, la posibilidad de generar Personas Jurídicas como alternativa a la gestión puramente estatal, la viabilidad de contratar bajo los términos de la Ley privada, entre otros aspectos destacables.

3.2. Busca, de manera directa, dar solución a algunos de los problemas vigentes en el funcionamiento de los CLAS. En este sentido aborda en forma inequívoca el tema de manejo del personal, al supeditar a todos los trabajadores del sector, sea cual fuese su ley de contratación, a la autoridad que asumirá la administración de los servicios del primer nivel. Por otro lado, abre las posibilidades de solucionar las vinculaciones de estas entidades participativas con las estructuras regionales y locales, en el marco del desarrollo constitucional de competencias.

En este sentido el documento es de una riqueza y validez especial, que en los aspectos mencionados requiere ser afinado y presentado de forma tal que en su ejecución no lleve a conflictos.

Por ejemplo es una iniciativa polémica el introducir el financiamiento de las organizaciones, para sus aspectos administrativos, con recursos del Tesoro Público. Si bien es cierto puede considerarse como un paso importante para consolidar las organizaciones participativas, puede también dar origen de muchas fricciones y al afloramiento de intereses de carácter personal, político o de liderazgo.

3.3. Pero hay también algunas carencias en el documento. Así por ejemplo no presenta un marco teórico conceptual, a manera de Exposición de Motivos, que explique los propósitos y objetivos de la modalidad administrativa que plantea y al mismo tiempo explicita la estrategia implícita en la propuesta. Un documento de este tipo permitiría apreciar mejor la orientación del conjunto de la norma legal.

Falta también precisar algunos conceptos. Por ejemplo los alcances del término "Cogestión". Para muchos es la gestión de dos entes jurídicamente pares y reconocibles. De ser así este no sería el caso, pues más que todo se trataría de

una tercerización de los servicios. En todo caso, existen varios conceptos que requieren una precisión.

3.4. El documento en sí tiene la audacia de superar y exceder los márgenes que sobre el tema participativo tienen las Leyes de Participación Ciudadana, la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, la Ley de Bases de la Descentralización, Ley de Gobiernos Regionales, Ley de Municipalidades (parcialmente), entre otras. Sin embargo la propuesta es compatible con el marco Constitucional, lo cual le permite reclamar viabilidad y validez legal. En tal sentido vale la pena trabajar esta opción de disponer de una norma legal a nivel de Ley.

3.5. Por otro lado, entre las limitaciones más notorias se encuentra el continuar como una propuesta aislada, sólo para el primer nivel, al margen de un diseño integral que involucre a todos los niveles de atención sectorial y mejor al primer nivel de salud del sector público (Fuerzas Armadas, Seguridad Social, entre otros.)

Esta deficiencia es también una consecuencia a que no existe un modelo finalista e integral, que oriente la instrumentación progresiva de cada una de sus partes.

Habría también que abordar la mejor manera de evitar que programas como el Servicio Integral de Salud perforen el financiamiento de los establecimientos, al no rembolsar con oportunidad los fondos respectivos.

3.6. Como un faltante importante del documento está el no tratar el tema de la administración de los medicamentos. En la actividad cotidiana de los establecimientos esta es un área con mucho peso, dinámica y vigencia, por lo que requiere ser abordado en su lineamiento básico, en una norma legal del alcance y jerarquía que se discute.

3.7. No se percibe una presencia nítida de la participación de los trabajadores y los Profesionales de la Salud y del rol que juegan en el proceso de administración de los servicios. Dada la experiencia ganada con los CLAS, este es un tema que debe ser considerado

3.7. En sus disposiciones transitorias y finales debería darse una breve orientación sobre qué hacer con los actuales CLAS.

RECOMENDACIONES

1. Explorar los alcances técnicos y viabilidad de algunos temas, tales como la conveniencia o no de mantener la figura legal de contratos; las compatibilidades con la legislación que regula las actividades privadas; el tema del abastecimiento y comercialización de medicamentos, etc.
2. Apoyar a quienes trabajan el perfeccionamiento del documento, a través de una acción de asistencia técnica directa en especial al equipo profesional de la comisión de Salud del Congreso de la Republica.
3. Vincular el Proyecto de Ley al Acuerdo Nacional y a los esfuerzos de descentralización en curso.
4. Trabajar en la búsqueda de un consenso técnico en los elementos de la Sociedad Civil y luego en los niveles políticos del Congreso.
5. Vincular el tema de Participación Comunitaria en Salud al de eficiencia y gobernabilidad sectorial.

3.8. A manera de recomendaciones finales se puede señalar que una propuesta de la magnitud que se pretende, estaría mejor apoyada si recibiera los insumos de quienes trabajan el Acuerdo Nacional y las políticas del Consejo Nacional de Descentralización

Asimismo, debe agregarse un paso notable, que avance en la línea del mejor uso del gasto público en el primer nivel de servicio. Sugiero que en esta misma dirección, concurrentemente al tema de los establecimientos MINSA, se inicie el abordaje del tema de los Servicios de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales.

Por otro lado, creo que el esfuerzo de la sub comisión del Congreso de la República debe seguir siendo apoyado, de tal forma que al final el país disponga de un instrumento con el mayor nivel de aportes, que de alguna forma garanticen su operatividad y vigencia.

FICHA TÉCNICA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Consejo Nacional de Descentralización

FUNCIONARIO ENTREVISTADO

Dr. José Rodríguez Arroyo Asesor de la Jefatura, responsable de diversos aspectos en el desarrollo de competencias y, de acuerdo a lo expresado por el Econ. Jorge Jara, es responsable del proceso de descentralización del sector salud.

FECHA.

Marte 24 de febrero del 2004

TEMA PLANTEADO

Qué posición tiene el CND, respecto a las propuestas de descentralización con participación ciudadana en el primer nivel de servicios de Salud.

Cuáles son las perspectivas para continuar el proceso de descentralización sectorial.

CONCLUSIONES

El CND no adopta decisiones sobre temas puntuales. Opinará más adelante cuando haya un planteamiento más elaborado si la propia Comisión de Salud lo pide. Sin embargo conocen el tema y están haciendo un seguimiento. Están informados también de los esfuerzos que se hacen en las regiones para instalar los Consejos Regionales de Salud.

Hay una dificultad para continuar a un ritmo regular el proceso de transferencia del Sector Salud a las Regiones y se origina en los sucesivos y repetidos cambios ministeriales y por lo tanto de funcionarios y orientaciones.

Sin embargo, dentro de los plazos que la Ley establece (la transferencia debe hacerse a partir del presente año) se está trabajando para que en el mes de Octubre se efectivice.

FICHA TÉCNICA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

Comisión organizadora del Centro de Planeamiento Estratégico

FUNCIONARIO ENTREVISTADO

Dr. Isy Faingold. Asesor del Dr. Villarán, Jefe de la mencionada oficina, perteneciente a la Presidencia del Consejo de Ministros

FECHA.

Lunes 23 de febrero del 2004

TEMA PLANTEADO

Qué posición tiene el Centro de Planeamiento Estratégico, respecto a las propuestas de descentralización con participación ciudadana en el primer nivel de servicios de Salud.

CONCLUSIONES

El Centro de Planeamiento Estratégico aún no funciona y se encuentra en proceso de organización. La PCM tiene un plazo que vence en dos meses para concluir una propuesta organizativa. Por lo tanto no tiene formulados ningún trabajo técnico. Se supone que el tema será abordado en su oportunidad.

FICHA TÉCNICA

NOMBRE DEL EVENTO

REVISION DEL PRIMER BORRADOR DE LA SISTEMATIZACION E LAS CONSULTAS MACROREGIONALES DEL BORRADOR DE ANTEPROYECTO DE LEY DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y COGESTION EN SALUD

ENTIDAD ORGANIZADORA

Catalyst Consortium

PERSONA DE ENLACE O CONTACTO

Dr. Johny Juárez
Lic. Pilar Puente
Dra Irma Ramos

LUGAR Y FECHA

26 de Febrero del 2004

PROGRAMA

(ver anexo)

PARTICIPACIÓN

Asistencia en representación de PhrPlus

ASISTENTES

Instituciones con residencia en Lima
Que participaron en los
Eventos macroregionales.

TEMA DESARROLLADO

(ver anexo)

CONCLUSIONES

- Los representantes de la Comisión del Congreso de la República informaron que en la primera semana de Marzo estarían redactando el nuevo documento y que por lo mismo necesitaban de los aportes sistematizados.
- Se percibe que la mayoría de las intervenciones se encuentran motivadas por aspectos administrativos y de corto plazo. Se alertó para que esos temas sean examinados de la mejor manera y evitar sesgos de opinión.
- Se registra una carga muy importante para considerar la participación ciudadana como lo más importante del CLAS, por encima de los resultados en la obtención de metas del Programa de Salud Local.
- Hay consenso que sería preferible una sola Ley de participación para todo el sector Salud.
- Gran parte del debate se ha centrado en aspectos administrativos, de procedimientos y no tanto de cómo alcanzar resultados.
- Se ha destacado la ausencia de programas de capacitación en las regiones.
- Como documento de sistematización, está bastante bien elaborado, faltando un cuadro que organice y resuma los aportes.

FICHA TÉCNICA

NOMBRE DEL EVENTO

II PANEL FORUM “PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN DE SALUD”
PROVINCIA SAN MARTÍN

ENTIDAD ORGANIZADORA

Consejo Regional de Salud de Salud
(Concejo Provincial de Tarapoto; Universidad Nacional de San Martín, Consejo del Medio Ambiente)

PERSONA DE ENLACE O CONTACTO

Dr. Anderson Sánchez
Sub Gerente de Salud y Promoción del Empleo

Dr. Jaime Díaz (PHR Plus)

LUGAR Y FECHA

Tarapoto, auditorio municipal
Viernes 20 de febrero del 2004

PROGRAMA

(ver anexo)

PARTICIPACIÓN

Aunque no estuvo programado, a pedido del Dr. Jaime Díaz participé primero como panelista y luego clausurando el evento.

ASISTENTES

45 dirigentes comunales, de CLAS y otras instituciones locales.

TEMA DESARROLLADO

(ver anexo)

CONCLUSIONES

- Hay un valioso esfuerzo de la Dirección de Salud y en general de las autoridades locales para organizar y hacer funcionar los Concejos Regionales, Provinciales y locales de Salud.
- Sin embargo es notorio que dado el marco referenciales y consultivo de los Consejos, por lo que sus acuerdos son no vinculantes, es natural que las expectativas de quienes tienen experiencia CLAS no va a ser satisfechas.
- Además de los CLAS hay en Tarapoto importantes experiencias de Botiquines comunales o de Puestos de Salud Comunal. Es importante lo ocurrido en el Centro de Salud Punta del Este.

FICHA TÉCNICA

NOMBRE DEL EVENTO

Entrevista con 8 Gerentes de establecimientos de la Red Moyobamba.

ENTIDAD ORGANIZADORA

Dirección de la Micro red

PERSONA DE ENLACE O CONTACTO

Dr. Hildebrando Sandoval

LUGAR Y FECHA

Hospital de Moyobamba

PROGRAMA

Se trató de una reunión programada para ser un diálogo informal

PARTICIPACIÓN

Se dirigió la reunión, a manera de facilitador.

ASISTENTES

Dr. Hildebrando Sandoval
8 Gerentes de establecimientos
Dr. Jaime Díaz de Phr Plus

TEMA DESARROLLADO

Situación del CLAS Moyobamba, que administra 40 establecimientos incluyendo el Hospital.

CONCLUSIONES

- Al inicio del proceso de los CLAS se produjo una gran expectativa y se registraron mejoras tangibles en el personal y los establecimientos.

- El apoyo a los CLAS ha decaído.
- Los establecimientos y especialmente los dirigentes de los CLAS tenían un exceso de independencia.
- Poco a poco los problemas de personal, amparados por diferentes leyes de contratación, hicieron crisis. Este ha sido un factor que en algunos casos ha deteriorado el servicio.
- Actualmente el CLAS de la microrred está conformado pero no se instala (hace 2 meses). Se espera hacerlo próximamente. No hay mucho interés en impulsar esta situación.
- Los ingresos se manejan como si fueran MINSA
- Igual situación se presenta en Rioja, donde hay 10 CLAS que involucran a 40 establecimientos
- Existieron quejas sobre excesos en la población conformantes de los CLAS al momento de ejercer fiscalización y control.
- En muchos casos se han registrado conflictos entre los Presidentes y los Gerentes.
- Los entrevistados no tendrían problema si los municipios se involucran en la administración de los establecimientos, pero sin intervenir directamente.

FICHA TÉCNICA

NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

CLAS Morales. Centro de Salud

FUNCIONARIO ENTREVISTADO

Dra. Sonia Cruces Herrera
Gerente del CLAS

FECHA.

Sábado 21 febrero del 2004

TEMA PLANTEADO

Experiencia del trabajo de los CLAS

CONCLUSIONES

- Pese a que 6 de los siete miembros del CLAS fueron candidatos a Alcalde, no se han producido conflictos políticos.
- Han habido conflictos laborales, pero progresivamente se han superado.
- Se dispone del Programa de Salud Local, pero cada vez es menor la participación de los dirigentes
- Hay una gran labor de los dirigentes para ejecutar programas preventivos promocionales. Los actuales miembros de los CLAS residen en la periferia de Morales.
- El crecimiento y expansión a partir de los Recursos propios se ha detenido por cuanto los recursos no son devueltos con regularidad.
- Se sugiere que para mejorar los CLAS se requiere un trabajo de Capacitación y asesoría a los miembros del CLAS, quienes desconocen sus funciones.
- El municipio debería aportar con presupuestos si desea participar del CLAS.
- Se ha superado los problemas con los trabajadores nombrados de Salud, para que apoyen en la formulación y ejecución del Programa de Salud Local.

ANEXO N ° 1

CARACTERÍSTICAS DE LA PROPUESTA CLAS

La experiencia de los CLAS, se inicia en el primer trimestre del año 1994. En su oportunidad hubieron una serie de postulados, a manera de criterios y conceptos, que llevaron a la redacción del DS. 01-94-SA, los mismos que vale la pena recordarlos, sucintamente, para analizar más adelante los alcances del Anteproyecto de Ley.

1. REFORMA SECTORIAL .-

En primer lugar, señalo, que el diseño de los CLAS buscó ser parte de un proceso de Modernización y Reforma Sectorial, que alejándose de las opciones privatizadoras de toda la actividad sectorial, lograrse articular una nueva modalidad que de mayor productividad al gasto en salud. En tal sentido, el diseño de los CLAS buscaba ser un agente de cambio que lograrse romper con las tradicionales modalidades laborales y de ejecución y control, que tan pobres resultados dan en el sector salud.

2. MEJORA DE LA PRODUCTIVIDAD SECTORIAL.-

Una manera de abordar el problema de la crítica situación del sector salud es analizando los resultados del gasto público. En tal sentido se concluyó que el aparato administrativo MINSA es proclive a privilegiar procedimientos antes que resultados. Una reforma, por lo tanto, debe abordar el tema desde sus bases. Ciertamente no había espacio para una modificación radical y total, pero si para introducir algunos criterios propios de la administración privada, tales como la responsabilidad, transparencia y competitividad. En este sentido, los CLAS introducen en su diseño algunos dispositivos propios de la administración privada. (Directorios descentralizados para toma de decisiones, seguridad jurídica registrada, contratación de personal bajo la ley privada, control de resultados, etc).

3. DESCENTRALIZACIÓN INSTITUCIONAL Y JURÍDICA .-

El tema del centralismo como causa de la ineficiencia sectorial era y es algo que no requiere mayor demostración. En ese entonces 14 Programas nacionales manejaban las más importantes acciones del MINSA. En tal sentido las

autoridades departamentales y locales tenían una limitada capacidad de planificación, ejecución y control.

Mediante los CLAS se buscó disponer de una nueva unidad operativa, que pudiese actuar dentro de la institucionalidad sectorial y que tuviese la potencialidad de superar las limitaciones de la Legislación pública vigente, que facilita la ineficiencia de los procedimientos administrativos.

Por lo tanto, no se trataba de reforzar propuestas de desconcentración de funciones o de una mejor coordinación de acciones (caso de la experiencia de los SILOS propugnada en ese entonces por la OPS) sino generar una nueva entidad jurídica no pública, que pudiera intervenir en el funcionamiento de los sistemas públicos de salud. Por lo mismo, no se recurrió a la formulación de una legislación especial, sino a asumir las bondades de permanencia, neutralidad, supremacía y solidez del Código Civil. De allí que fácilmente se derivó a la formación de Asociaciones o Comités, con personería jurídica, debidamente inscritos en los Registros Públicos, que gozaran de autonomía jurídica y tuviesen representatividad legal.

4. CONTRATOS VINCULANTES.-

Consecuencia del nuevo escenario jurídico, había que recurrir a los instrumentos que mayor firmeza dieran a la relación entre la partes intervinientes en una nueva modalidad de administración de los servicios de salud del primer nivel. Para ello nuevamente se recurrió al Código Civil y utilizó el instrumento más firme, que es el Contrato, ley entre partes y cuya fuerza vinculante hace que cada quien se obligue, sin poder renunciar unilateralmente, a cumplir con lo pactado.

5. PROGRAMA DE SALUD LOCAL.-

Había que precisar el objeto del contrato. Esto tenía que estar referido a la razón de ser del cambio, es decir dar más y mejor salud. Pero esa frase había que traducirla a algo tangible, específico, cuantificable y definido. Ese es el rol jurídico y funcional del Programa de Salud Local. Es un documento que determina, las metas de mejoramiento sanitario, de utilización de recursos y la temporalidad de los propósitos, disponiendo los aportes de cada quien para la consecución de los resultados previstos. Al introducir el Programa de Salud Local, como el centro del proceso, se incorporaba también el Control por resultados, es decir se superaba las limitaciones que regularmente han privilegiado procedimientos y formas antes que realizaciones y metas alcanzadas.

Por lo mismo, el Programa de Salud Local debería ser el instrumento que antes de ser aceptado debería ser concertado. El punto de inicio del proceso era la realización de un Censo y Diagnóstico sanitario, que debidamente dirigido por los profesionales de la salud, desembocaba en una participación organizada y masiva

de la comunidad local. Acto seguido los profesionales elaboran las soluciones posibles, que debidamente programadas eran explicadas a la comunidad, la cual más fácilmente podía “empodera” sus alcances y por lo tanto llegar al compromiso de su ejecución y control.

6. ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA.-

Iba quedando claro que los propósitos de mejorar la administración de Centros y Puestos de Salud se alejaba de la opción que los funcionarios del Estado continuasen siendo los administradores únicos del servicio. Pero, al mismo tiempo, se descartaba también la administración privada de los mismos y menos aún que todo el primer nivel urbano y rural quedara librado a las condiciones de lucro, alternativa inviable, para un país en donde más de la mitad de la población radica en lugares de difícil acceso o vive en condiciones de pobreza, que no harían rentable ninguna inversión privada.

Surgió entonces la alternativa de combinar Estado, Comunidad y Profesionales de la Salud en un esfuerzo por entregarles la administración del primer nivel de atención, a lo cual se le denominó Programa de Administración Compartida.

Al mismo tiempo quiero destacar que esta fue una solución diseñada sólo y exclusivamente para el primer nivel de servicios.

7.- PARTICIPACIÓN COMUNITARIA.-

A diferencia de otros países de la región, el Perú no tiene una tradición de trabajo municipalizado u otra modalidad estatal (no centralizada) para administrar su primer nivel de servicios de salud. La actividad privada es marginal, en la medida que la Iglesia Católica u otras Confesiones religiosas o algunas ONG han intervenido en escala moderada, aunque cualitativa, en la prestación de esos servicios. Quedaba claro en cambio, que el país tiene una larga y generosa experiencia de trabajar con la comunidad en los programas de salud, producto tal vez de las milenarias formas comunitarias de vida en el Ande y que también han sido trasladadas a las zonas marginales de las ciudades del país. Resulta entonces que la participación comunal es en el Perú una fortaleza sectorial. Por lo mismo, una solución para una mejor administración del primer nivel de salud, debe incorporar, necesariamente, a la comunidad. Los CLAS respondieron a este propósito y especialmente al cómo hacerlo.

8.- ESTRATEGIA DE IMPLEMENTACIÓN.

Hubo tres elementos claves en la estrategia de implementación, los mismos que sólo los menciono. A) No generar ninguna norma legal que requiriese de debate político previo B) evitar que fuese un proyecto “piloto” asunto por demás

controversial (inicialmente se autorizó a realizar la experiencia en 50 establecimientos y evaluar los resultados dos años después. Finalmente se consiguió, luego de instalar los 50 CLAS en 4 meses, se autorizara a hacerlo en 500 más, meta que fue alcanzada en dos años y que al final logró hacer irreversible el proceso) y C) Un perfil bajo en la ejecución, de tal manera que evitara la colisión permanente con el stablishment sectorial (especialmente los politizados sindicatos sectoriales de todos los niveles y la administración de los programas y proyectos centralizados).

9. COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS .-

Este es uno de los aspectos que inicialmente no fue tomado como decisivo, pero que debió ser incorporado al momento de formular el Reglamento del Decreto Supremo de creación de los CLAS. Se compulsó el importante peso que en la actividad administrativa de los Centros y Puestos de Salud representaba la comercialización de medicinas. El PAC FARM, o Programa de Administración Compartida de Farmacias cerraba el circuito de la acción de administración de los establecimientos, en especial en la mejora de la prestación de servicios, el aprovisionamiento y disponibilidad de insumos y en el flujo de dinero en efectivo por Caja.