

ESTUDIOS DE CASO SOBRE BUENAS PRÁCTICAS DE GERENCIA SOCIAL

**La viabilidad de los programas de participación
ciudadana en la cogestión local de salud:**

**El Programa de Administración Compartida
de los Servicios de Salud**

(Perú, 1994 – 1999)

Estudio de Caso No. 5

Ariel David Frisancho Arroyo

LA VIABILIDAD DE LOS PROGRAMAS DE PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LA COGESTIÓN LOCAL DE SALUD:

El Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (Perú, 1994-1999)

Ariel David Frisancho Arroyo¹

**Estudio realizado para el
Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES)
Washington D.C.**

¹ MSc en Políticas, Financiamiento y Planificación de la Salud (LSE / LSHTM, Reino Unido). Estudios de Maestría de Salud Pública (Universidad Peruana Cayetano Heredia). Diploma Internacional de Derechos Humanos en Salud (Universidad Peruana Cayetano Heredia / Institute of Development Studies, Sussex). Desde el 2004 se desempeña como Coordinador Nacional del Proyecto “Mejorando la Salud de los Pobres: un enfoque de derechos” (CARE Perú – DFID). Responsable de cursos sobre gerencia y políticas de salud en maestrías de salud pública de diversas universidades peruanas.

CONTENIDO

Presentación	
Resumen Ejecutivo	
Introducción	3
I. Diseñando y oficializando el Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (PAC)	6
II. Poniendo en marcha y extendiendo el Programa de Administración Compartida	11
III. Se debilita la presencia de la Administración Compartida en la agenda sectorial	13
<i>El PAC pierde prioridad ante nuevas propuestas de reforma</i>	15
<i>Suspensión en la constitución de nuevos CLAS</i>	18
<i>Dos visiones contrapuestas sobre la participación social</i>	20
IV. La cogestión de los servicios recupera prioridad en la agenda sectorial	23
V. Análisis de la experiencia	26
<i>La incorporación de la cogestión de servicios públicos de salud en la agenda sectorial</i>	27
<i>Análisis funcional del caso</i>	32
VI. Lecciones Aprendidas	42
Bibliografía	46
Anexos	
Anexo I – Metodología del Estudio	
Anexo II – Esquema Narrativo Global	

Presentación

Mediante la publicación de la serie *Estudios de caso sobre buenas prácticas de gerencia social*, el Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES) desea contribuir a un mejor conocimiento de la labor que desarrollan los gerentes sociales de la región, así como a la generación de aprendizajes aplicables a la labor de gestión de los programas sociales.

La escasez de estudios sobre el proceso gerencial en el ámbito de las políticas y programas sociales dificulta no sólo las labores de formación en gerencia social que se desarrollan en la región, sino también los esfuerzos por mejorar las prácticas gerenciales de quienes son responsables de la marcha de los programas sociales en la región. Esta serie de estudios pretende contribuir a la superación de estos escollos, ofreciendo un conjunto de investigaciones que permitirán a los gerentes sociales comprender mejor los procesos gerenciales en que están involucrados y extraer aprendizajes aplicables a su labor.

El primer número de la serie, titulado “Una guía práctica para la elaboración de estudios de caso sobre buenas prácticas en gerencia social”, de Michael Barzelay y Juan Carlos Cortázar, propone un marco metodológico y analítico para el estudio de las prácticas en gerencia social. Dicho marco se basa en la propuesta teórico metodológica que durante los últimos años ha desarrollado el profesor Barzelay en la London School of Economics and Political Science. El marco ofrece a los investigadores en gerencia social un enfoque e instrumentos metodológicos que permiten una comprensión detallada e integral de las prácticas gerenciales, así como extraer lecciones a partir de experiencias concretas de gerencia social.

Los siguientes números de la serie consisten en estudios de caso sobre experiencias relevantes de gerencia social en la región. Todos ellos incluyen una sección narrativa, en la que el lector hallará evidencia suficiente para comprender la experiencia en cuestión. Incluyen también una sección analítica, en la que se profundiza en la comprensión de los prácticas gerenciales puestas en juego en la experiencia bajo estudio. Finalmente, los autores identifican un conjunto de lecciones, útiles para el trabajo de los gerentes sociales de la región.

Todos los estudios publicados en esta serie son resultado de los *Talleres de elaboración de estudio de casos sobre gerencia social* que periódicamente ofrece el INDES. Los autores son así egresados de los Talleres que, con la ayuda del plantel docente del INDES, han aplicado el enfoque teórico metodológico al que hemos hecho referencia anteriormente al estudio de una experiencia de gerencia social. Mediante los Talleres el INDES promueve que los expertos e investigadores en gerencia social de la región estudien el proceso gerencial, ofreciéndoles una metodología adecuada para ello, un espacio de formación práctica y asesoría docente para la realización efectiva de los estudios de caso.

Esperamos que los estudios que componen esta serie sean de utilidad tanto para quienes tienen responsabilidades gerenciales en los programas sociales de la región como para los investigadores y docentes interesados en la materia.

Nohra Rey de Marulanda
Directora del INDES

Resumen Ejecutivo

El presente estudio pretende aportar a la mejor comprensión de los procesos de diseño e incorporación en la agenda de política sectorial de propuestas de participación ciudadana en la administración de recursos públicos de salud, así como las variables institucionales que pueden favorecer o limitar su vigencia. La experiencia bajo estudio consiste en el diseño, la incorporación en la agenda de política sectorial y el desarrollo del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (PAC) del Ministerio de Salud del Perú, entre los años 1994 y 1999, mediante el cual se conformaron asociaciones civiles sin fines de lucro, y bajo régimen privado de administración, los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). El PAC representó un giro importante en los enfoques tradicionales de participación social en las instituciones públicas de salud. Involucró - por vez primera en el sector salud - a representantes ciudadanos en la toma de decisiones y gestión directa de las acciones y recursos de salud en el primer nivel de atención. Sin embargo, la administración compartida de los establecimientos de salud enfrentó la resistencia de actores diversos, entre los que se contaban algunos funcionarios del Ministerio, el sindicato de trabajadores y diversos profesionales de salud, quienes transitaron entre la falta de colaboración con la implementación de la nueva propuesta a la abierta oposición a la misma. La estrategia de implementación del Programa, aunada a una serie de factores como la adherencia de las poblaciones y líderes locales a la propuesta, la confluencia de evidencias favorables provistas por diversos estudios, y el apoyo de organismos de cooperación internacional y la sociedad civil, confluyeron para que el PAC mantuviese vigencia, superando los retos propios de su implementación y “apropiamiento institucional”.

La pregunta central que este proceso nos sugiere es: ¿Cuáles son las prácticas y procesos que favorecen o dificultan que propuestas de participación ciudadana en la cogestión de recursos públicos se instalen de manera estable en las agendas de los sectores sociales? Buscando responderla, se plantea a) estudiar los procesos institucionales de análisis y de toma de decisiones que tuvieron lugar al nivel de la autoridad central de salud, en relación con la agendación, diseño e implementación de la propuesta; b) revisar el papel que desempeñaron los encargados del programa en el nivel central en relación con su mantenimiento en la agenda sectorial de salud pese a los cuestionamientos y la oposición surgidos desde dentro de la institución, y c) analizar el impacto de procesos desplegados por otros actores – academia, sociedad civil, organismos de cooperación internacional - para su consolidación y vigencia.

Sobre la base del análisis realizado, se presenta al lector un conjunto de lecciones que pueden ser de utilidad para quienes estén interesados en promover la cogestión de servicios sociales, en general, y de salud en particular. Lecciones vinculadas a a) la manera en la que experiencias de cogestión de recursos públicos pueden generar un aprendizaje progresivo en la ciudadanía, la ‘apropiación’ de dichos procesos de cogestión y la articulación de redes sociales que contribuyan a su sostenibilidad; b) la importancia de una oportuna institucionalización de las propuestas de cambio y la necesidad de “legitimarlas en el terreno” para garantizar su vigencia en la agenda pública; c) la necesidad de prever distintos niveles de resistencia por parte de aquellos integrantes de las organizaciones que ven en el proceso una reducción de sus espacios de poder; d) el rol determinante, a favor o en contra, que pueden desempeñar ciertos “stakeholders” y la posibilidad de propiciar alianzas estratégicas con ellos; y e) el potencial que representa un vínculo entre hacedores de política e investigación académica, buscando desarrollar políticas “basadas en evidencia”.

Introducción

La participación de la población es considerada en diversos estudios como una condición necesaria para asegurar el sustento y la legitimación de las políticas sociales: contribuye al desarrollo de mejores prácticas democráticas, a la responsabilidad institucional y al *accountability* (Rifkin, Lewando-Hunt, Draper, 2000).

Se argumenta que una participación comunitaria exitosa sólo será posible cuando ocurra una descentralización real de la toma de decisiones y del manejo de recursos y se fortalezca así a la población (Kalyan, 2000). Desde la Declaración de Alma Ata², suscrita por los gobiernos del mundo hace veintisiete años, se han impulsado distintas experiencias de participación social. De la revisión de estas experiencias se desprende que, como parte de una evolución de enfoques, la participación social se ha concentrado mayoritariamente en la movilización de recursos de la propia comunidad y no en el desarrollo de sus capacidades para la toma de decisiones ni en su *empoderamiento* (Green, 1999).

En las últimas décadas se han desarrollado procesos de descentralización en los sectores de salud de la Región, en los que la población participa en distinto grado de la gestión de recursos públicos. Dichos procesos evidenciarían un cambio en la tendencia antes descrita y abrirían nuevas oportunidades para que los ciudadanos se involucren en la gestión de recursos públicos.

El interés del Estado y de la sociedad por hacer viables dichas experiencias subraya la necesidad de comprender mejor los procesos de diseño e incorporación en la agenda de política sectorial de propuestas de participación ciudadana en la administración de recursos públicos de salud, así como las variables institucionales que pueden favorecer o limitar su vigencia. El presente estudio busca aportar elementos que contribuyan a un mejor entendimiento de estos procesos.

Para abordar el tema anteriormente señalado, estudiaremos específicamente el diseño, la incorporación en la agenda de política sectorial y el desarrollo del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (PAC) del Ministerio de Salud del Perú, entre los años 1994 y 2002. En 1994, el Ministerio de Salud del Perú (MINSa) implementó el Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (PAC). A través de este Programa se conformaron asociaciones civiles sin fines de lucro, y bajo régimen privado de administración, los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). De esta manera, la gestión de los establecimientos de salud se desconcentró al nivel distrital³.

El PAC representó un giro importante en los enfoques tradicionales de participación social en las instituciones públicas de salud. Involucró - por vez primera en el sector

²Declaración formulada en la Conferencia Internacional realizada en Kazajistán, Rusia (1978), convocada por la Organización Mundial de la Salud, en la cual se acordaron los lineamientos de la estrategia de la Atención Primaria de Salud. La participación de la comunidad fue definida como uno de los pilares de la estrategia. En el lapso de un año, más de cien países firmaron dicha Declaración. Entre éstos se contaba al Perú.

³ Un distrito es la unidad básica de ordenamiento político territorial en el Perú. El Perú está organizado sobre la base de demarcaciones regionales, provinciales y distritales.

salud - a representantes ciudadanos en la toma de decisiones y gestión directa de las acciones de salud del primer nivel de atención. Además, introdujo mecanismos de gestión del ámbito privado en los establecimientos públicos de salud y los asoció al cumplimiento de un plan de salud formulado por cada CLAS. El desarrollo de la estrategia de administración compartida contó con un decidido soporte político y convocó rápidamente la adherencia de las poblaciones y líderes locales, quienes observaban mejoras en el accionar de los establecimientos de salud.

¿Cómo funciona un CLAS? Las comunidades solicitan a la autoridad de salud regional la conformación de un CLAS, y eligen a sus representantes (06), quienes unidos al jefe del establecimiento de salud, cogestionan el servicio. Los CLAS elaboran, ejecutan y evalúan un Programa de Salud Local (PSL) anual, definiendo objetivos y actividades de prestación de servicios de salud. Los CLAS pueden contratar y evaluar al personal de salud, así como adquirir bienes y servicios necesarios para el cumplimiento del PSL.

Sin embargo, la administración compartida de los recursos de los establecimientos del primer nivel de atención enfrentó la resistencia de actores diversos, entre los que se contaban altos funcionarios del Ministerio, los sindicatos de trabajadores y los gremios de profesionales médicos. La cogestión de los servicios de salud con la población fue vista por estos actores como un intento encubierto de privatización, desligándose así el Estado de su responsabilidad en la atención de salud.

Las actitudes de recelo, cuando no de abierta falta de colaboración, continuaron durante el desarrollo del PAC y serían parte de las razones por las que, en 1997, se dejara en suspenso la creación de nuevos CLAS, decisión que estuvo acompañada por una aparente pérdida de apoyo institucional a la propuesta. La confluencia de evidencias favorables al modelo de administración compartida proporcionadas por diversas investigaciones, el apoyo de organizaciones de cooperación internacional y de la sociedad civil, sumado al “apropiamiento” de la propuesta por representantes de la población y autoridades locales, hicieron que en 1998 se retomara la creación de nuevos CLAS. El Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud se ha mantenido vigente desde entonces y su desarrollo ha concitado el interés de la comunidad nacional e internacional.

Se considera relevante el caso de la puesta en marcha y desarrollo del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud porque dicha propuesta ha mantenido vigencia en la agenda del sector salud a lo largo de diez años, cuatro gestiones de gobierno y diez gestiones sectoriales de salud, a pesar de la existencia de actitudes contrapuestas entre diversos actores involucrados en el desarrollo de políticas de salud. En la actualidad, más del treinta y cinco por ciento del total de establecimientos de salud del primer nivel de atención se encuentra bajo el esquema de administración compartida.

Considerando la experiencia que hemos reseñado brevemente, nos preguntamos

¿Cuáles son las prácticas y procesos que favorecen o dificultan que propuestas de participación ciudadana en la gestión de recursos públicos se instalen de manera estable en las agendas de los sectores sociales?

El análisis de las condiciones que facilitaron la creación y consolidación de un programa de participación ciudadana en la gestión directa de servicios de salud permitirá extraer evidencias útiles para la comprensión de experiencias similares, así como lecciones para los interesados en promover la cogestión de servicios sociales en general y de salud en particular.

Nos interesa particularmente a) estudiar los procesos institucionales de análisis y de toma de decisiones que tuvieron lugar al nivel de la autoridad central de salud, en relación con la agendación, diseño e implementación de la propuesta; b) revisar el papel que desempeñaron los encargados del programa en el nivel central en relación con su mantenimiento en la agenda sectorial de salud pese a los cuestionamientos y la oposición surgidos desde dentro de la institución, y c) analizar el impacto de procesos desplegados por otros actores – academia, sociedad civil, organismos de cooperación internacional - para su consolidación y vigencia.

Estimamos que el presente estudio de caso será de interés para funcionarios de gobierno interesados en impulsar políticas públicas participativas y de cogestión de programas sociales, de gerentes de programas de descentralización y de organizaciones de la sociedad civil que promueven propuestas de participación social en la gestión de recursos públicos.

El texto está dividido en siete secciones. Siguen a continuación cuatro secciones (II a V) que presentan el desarrollo de la experiencia a lo largo de seis años (1994 – 1999): se narra en primer lugar el proceso de diseño y oficialización del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud; a continuación, la puesta en marcha y la expansión del Programa; la oposición a la permanencia de dicha propuesta en la agenda sectorial; la suspensión temporal en la creación de nuevos CLAS; la resistencia a los cuestionamientos y la actualización de la vigencia del Programa. La sexta sección analiza la experiencia. Finalmente, la séptima sección extrae lecciones que se desprenden del análisis realizado.

I. Diseñando y oficializando el Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (PAC)

Aquella mañana de enero de 1994 Juan José Vera del Carpio, ingeniero especializado en temas de descentralización y planificación territorial, recibió del Ministro de Salud, Jaime Freundt Thorne, un encargo especial: diseñar una propuesta que mejorara la gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, incrementando el acceso y la calidad de los servicios. El ingeniero Vera analizó la situación: apenas tres años atrás, luego de una década de violencia terrorista e hiperinflación, los establecimientos del primer nivel de atención de salud⁴ se encontraban en una situación de “*colapso funcional*”,

⁴ El primer nivel de atención comprende a los puestos y centros de salud. Los puestos de salud cubren una población de hasta 5.000 habitantes y proveen una oferta básica que incluye actividades de protección y

especialmente en las zonas rurales y de mayor pobreza. Muchos establecimientos se encontraban cerrados, desabastecidos, con personal escaso o ausente. Para inicios de 1994 las cosas habían cambiado radicalmente. La reinserción del Perú en la comunidad financiera internacional, el control del terrorismo y la hiperinflación, la privatización de empresas públicas y el incremento de la recaudación tributaria facilitaron la asignación de recursos financieros para la rehabilitación, equipamiento e incorporación de profesionales de la salud al primer nivel de atención. El Ministerio de Salud (MINSA) había creado, además, un programa nacional de salud⁵ que volvió a asignar profesionales a los establecimientos.

El Ministro Freundt dispuso la constitución de un equipo técnico que sería liderado por Vera. Convocó a Patricia Paredes, médica especialista en Salud Pública. Este equipo inicial se complementó en las semanas siguientes con otros profesionales de salud (médico y enfermera) y un economista con conocimiento de las normas y regulaciones de la administración pública. Todos ellos tenían experiencia de trabajo con organizaciones comunitarias, adquirida en su mayoría desde organizaciones no gubernamentales de desarrollo. Se les contrató directamente con fondos provenientes de un Programa de Cooperación Internacional en Salud⁶. El equipo reportaba directamente al Despacho Ministerial de Salud y no tenía relación de dependencia con respecto a las áreas de línea del Ministerio. Esta condición, además de la ubicación física inicial que tuvo el equipo (oficina contigua al Despacho Ministerial) le otorgaría un “poder discrecional” que le facilitaría gran autonomía en la toma de las decisiones que considerasen pertinentes.

La conformación de un “grupo de tarea” para la elaboración de una propuesta solicitada por la Alta Dirección del Ministerio, con acceso directo al propio Ministro, no constituía una situación nueva para el ministerio. En su interior se había empezado a conformar en los años previos una “tecnocracia”, constituida principalmente por profesionales contratados como “consultores” de los distintos programas y proyectos de cooperación internacional⁷. La disponibilidad de recursos financieros suficientes para plantear atractivas ofertas laborales e importantes montos remunerativos permitió que dichos proyectos contratasen a varios notorios profesionales provenientes del mundo académico y de organizaciones de la sociedad civil en salud. Los equipos técnicos y administrativos de los proyectos y programas de cooperación internacional rápidamente se diferenciaron de los profesionales que laboraban en la “vieja estructura” (Direcciones Generales, órganos de asesoría y otras dependencias de segunda y tercera línea), tanto en lo relativo a sus condiciones laborales y a las facilidades operativas para el desarrollo de sus tareas, como

promoción de la salud, atención de problemas de bajo riesgo y detección, primeros auxilios y referencias de problemas de riesgo mayor. Los centros de salud cubren poblaciones entre 10.000 a 50.000 habitantes (zonas rurales a urbanas, respectivamente) y añaden a las actividades anteriores atención de parto distócico, cirugía menor e internamiento.

⁵ *Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud* (luego Programa de Salud Básica Para Todos), el cual estableció una diferenciación salarial para incentivar la presencia de profesionales de la salud en las zonas rurales, de frontera y de alta prioridad.

⁶ Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

⁷ Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo; Proyecto Salud y Nutrición Básica, financiado por el Banco Mundial; Proyecto 2000, financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo. Todos estos equipos técnicos, que en número superaban los setenta profesionales, ocupaban, junto al Programa de Salud Básica Para Todos, financiado con tesoro público, un sector completo del edificio central del Ministerio, conocido como la “Unidad de Proyectos”, con mobiliario y tecnología modernos, en comparación a los sectores del edificio ocupados por las “Direcciones y Programas tradicionales”.

en lo referido a su auto-percepción como quienes definirían las reformas a implantarse en los papeles, funciones y estructuras institucionales. De esta manera, la “comisión Vera” parecía ser una expresión más de un creciente “ministerio paralelo”.

El equipo técnico se abocó a analizar las alternativas existentes, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. En el plano internacional, contaban con amplia difusión las experiencias de municipalización de los servicios de salud en Chile, Colombia y Bolivia, reforzada esta última con la denominada Ley de Participación Popular. Existían otras propuestas latinoamericanas, desarrolladas sobre la base de la estrategia de Atención Primaria de Salud⁸. Estas propuestas y experiencias fueron objeto de revisión y análisis por parte del equipo liderado por Vera.

Es de destacar que el Perú no había sido ajeno a estrategias inspiradas en los principios de la Atención Primaria de Salud. Durante el año 1992 el MINSA había formulado la propuesta de *Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS)* (Ministerio de Salud / OPS, 1993), como una adaptación nacional de la estrategia de Sistemas Locales de Salud de la Organización Panamericana de la Salud, iniciándose su implantación en algunas zonas piloto del país.

El equipo técnico responsable por el desarrollo de la propuesta observó algunas limitaciones en la propuesta ZONADIS: si bien postulaba una articulación (coordinación) entre las oficinas sectoriales alrededor de la salud, todo giraba alrededor del sector público en el nivel local, quedando la participación de la población restringida a una formalidad, sin intervención decisoria sobre el uso de los recursos existentes⁹. Los responsables revisaron entonces las experiencias de participación comunitaria en salud desarrolladas en el país durante décadas por diversas organizaciones no gubernamentales, parroquias locales y otras organizaciones. Consideraron también dos experiencias que integraban a representantes de la población en la administración de recursos del sector público, desarrolladas desde inicios de la década de los años noventa: los núcleos ejecutores del Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) y los Comités de Vaso de Leche¹⁰. Ambas experiencias constituían antecedentes importantes de cogestión de recursos del Estado con participación ciudadana y elementos importantes de control social. Los integrantes del equipo habían participado en experiencias distintas de participación social, y habían podido constatar personalmente su potencialidad. La participación comunitaria se volvió entonces uno de los ejes de la propuesta:

*“(El modelo propuesto para los CLAS)... Era realmente novedoso para el Perú. No era la participación como consulta, no era la participación utilitaria, dotando de insumos o recursos para alguna actividad específica, como eran, por ejemplo, las campañas de vacunación. En este modelo se involucraban representantes de la comunidad y estas personas entraban a administrar los recursos de esos establecimientos.”*¹¹

⁸ Entrevista Número 1,

⁹ Entrevista Número 1.

¹⁰ En el primero de los casos, el Fondo promovía la constitución de “núcleos ejecutores”, comités compuestos por miembros de la comunidad organizados especialmente para gestionar los recursos de cada proyecto financiado para las comunidades, con responsabilidad directa en la selección, planificación y ejecución del proyecto desde una etapa temprana del proceso. En el caso de los Comités de Vasos de Leche, eran las autoridades municipales quienes quedaban a cargo de la administración de los fondos, selección de los proveedores de insumos, etcétera.

¹¹ Entrevista Número 2

Una segunda preocupación del equipo técnico era la ineficiencia en la utilización de los recursos. No bastaba reabrir progresivamente los establecimientos de salud, equiparlos, asignar profesionales y contar con el control social que proporcionaría la presencia de representantes ciudadanos. Todo eso era importante, pero resultaba insuficiente ante la realidad del sistema de gestión de recursos humanos.

“El dinero que se invertía en salud era excesivo para los resultados que se obtenían...existía un mal uso del dinero público, porque el sistema burocrático centralizado había establecido un procedimiento que era para nosotros regresivo...los trabajadores del sistema, amparados en la Ley de Estabilidad Laboral, cobraban siempre un mismo salario, cualquiera fuese su rendimiento... Con esta lógica, el Estado podía poner muchísimo más dinero en el sistema y no existía un incentivo real para que se dieran mejoras en el desempeño de los trabajadores.”¹²

Sobre la base de la experiencia que tenían respecto al desarrollo de organizaciones no gubernamentales, los responsables de la propuesta del diseño plantearon la creación de Asociaciones Civiles, basadas en el Código Civil, como personas jurídicas de derecho privado que contratarían con el Estado la administración de un establecimiento o de un conjunto de establecimientos. Dichas asociaciones, conformadas por el jefe del establecimiento y representantes de la población, administrarían recursos financieros definidos en el contrato y negociados con el nivel central del Ministerio, para la ejecución de un conjunto de acciones destinadas a brindar servicios de salud a la población de su jurisdicción. Estas asociaciones podrían administrar los recursos que generaran, producto del cobro de tarifas (denominados “recursos propios”), que tradicionalmente eran derivados a instancias superiores y pocas veces “devueltos” a los establecimientos de salud que los generaron. Además, mediante este mecanismo se lograba “escapar” al imperio de la legislación laboral pública y se establecía una relación con el personal de salud sobre la base de la legislación laboral del ámbito privado. El equipo que estaba desarrollando esta propuesta creía que esta opción promovería mayores niveles de calidad y eficiencia en la ejecución del gasto en salud. Para lograr este cometido, y a diferencia de lo que ocurría bajo las normas de la administración pública, los representantes de la comunidad velarían por la calidad y oportunidad de la atención de salud y por el manejo eficiente de los recursos. Estos criterios de gestión rara vez eran tomados en cuenta por el sistema vigente hasta entonces.

“Solicitamos que no se promulgase ley alguna, porque estábamos convencidos que, cambiado el ministro o cambiado el gobierno, una ley se sustituye con otra ley y se acaba el tema; las propuestas quedan como proyectos piloto enterrados por ahí...había que establecer un sistema sobre la base, no de una ley específica, sino de una norma del mayor rango posible. Entonces propusimos crear un sistema basado en el Código Civil, que necesitase de un Decreto Supremo para ser reglamentado, porque al Código Civil no lo podían cambiar los gobiernos.”¹³

Para marzo de 1994, las características del nuevo modelo de gestión de servicios de salud del primer nivel de atención solicitado por el Ministro Freundt estaban definidas. Se crearía

¹² Entrevista Número 1.

¹³ Entrevista Número 1.

un sistema para establecimientos del primer nivel de atención que formalizara la participación de los ciudadanos y cuya relación con el Estado no fuera a través de acuerdos, sino de contratos fundamentados en el Código Civil y en el que la materia del contrato sería un programa de salud para la localidad, elaborado por los integrantes de los flamantes Comités Locales de Administración de Salud, los CLAS; en fin, un sistema excluido de las normas del servicio público, que se sustentara en las normas del sector privado para la contratación de personal y manejo de recursos y adquisiciones, permitiendo así una función fiscalizadora del Estado real, una mayor productividad de los recursos entregados y una ordenada y consciente participación de la comunidad, considerando la toma de decisiones en el nivel local.¹⁴ Es así como surgió el Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (PAC).

Este nuevo modelo de cogestión fue presentado por el equipo del PAC al Ministro Freundt, logrando su adherencia y apoyo en la medida que hacía posible la incorporación de herramientas propias de la administración privada para un mejor funcionamiento de los servicios públicos de salud. Este aspecto de la propuesta era particularmente atractivo para el ministro Freundt, cuyo mayor desarrollo y experiencia profesional se habían dado en la esfera privada de salud. El esquema en sí mismo desarrollaba una desconcentración en la administración de los recursos públicos para la salud hasta el nivel distrital. El aporte de los representantes de las comunidades hacía posible, además, contar con información de primera mano respecto a la calidad de la atención del establecimiento y sobre las características de la población a ser atendida.

La aprobación del nuevo modelo no fue una tarea sencilla. En la medida en que se iban conociendo las características específicas del Programa propuesto, fueron surgiendo expresiones de suspicacia y oposición al interior del Ministerio de Salud. Las críticas más frecuentes denunciaban al PAC como un intento encubierto de privatización de los servicios de salud, asumiendo que el Estado iba abandonar sus responsabilidades, dejando de otorgar los recursos requeridos para el funcionamiento y las necesidades de atención de salud. Los críticos del nuevo modelo hacían referencia a hechos recientes, en los que el propio Ministro Freundt estuvo implicado. La creación del PAC había sido antecedida por un verdadero intento de privatización del sistema de salud peruano.

En 1991 el Gobierno Peruano promulgó un Decreto Legislativo para la creación de las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS)¹⁵, promovida por una iniciativa del entonces congresista Jaime Freundt Thorne, que contaba con el apoyo del Ministro de Economía y Finanzas de aquel entonces. Este dispositivo era prácticamente una copia del modelo de las ISAPRES chilenas, con muy escasa adaptación a la realidad peruana. Este decreto no fue implementado debido a su poca aceptación por la opinión pública, a la abierta oposición de congresistas y líderes sectoriales de opinión y a sus propias limitaciones (Ewig, 2002).

Mas las críticas al PAC no se centraban solamente en el carácter supuestamente “privatizador” de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Como refirió un ex integrante del equipo técnico central del PAC, “tanto en la etapa de diseño como en la implementación técnico-operativa del PAC se dieron distintos niveles de resistencia y de oposición provenientes del sindicato de trabajadores, de las

¹⁴ Entrevista Número 1.

¹⁵ Poder ejecutivo: Decreto legislativo N° 718. Lima, 1991.

asociaciones de profesionales médicos y de funcionarios intermedios en los niveles central y regional, quienes entendían que la implementación de un esquema de cogestión de los recursos de salud significaba volver a configurar el mapa de decisiones administrativas y políticas que reducían sus espacios de poder.” A los ojos del equipo encargado del PAC¹⁶, parecía evidente que se estaban enfrentando a intereses diversos al interior de la institución: “Era inevitable que un sistema descentralizado como éste generase resistencias en las entidades centralizadas: los sindicatos de trabajadores, las asociaciones de profesionales y la propia organización, el *establishment* del MINSA.... ¿Por qué los sindicatos tenían miedo de los CLAS? Porque la patronal para el sindicato nacional es el MINSA, pero la patronal para un CLAS es el CLAS, dado que éste contrata directamente a los trabajadores... las cúpulas sindicales sintieron temor de que la existencia de los CLAS debilitase los sindicatos únicos. Por ello tuvimos muchas discrepancias con los sindicatos de trabajadores, con la Asociación Médica del Ministerio de Salud.”¹⁷

Buscando explicar mejor la propuesta y absolver las críticas que se iban expresando, el equipo responsable de la iniciativa sostuvo reuniones con las principales fuerzas opositoras. Algunas de ellas fueron presididas por el propio Ministro Freundt, intentando evidenciar el apoyo de la Alta Dirección del sector a la estrategia. Sin embargo, no hubo mayor progreso, pues dichos organismos (sindicato y asociación médica del Ministerio) defendían la preservación del estado tradicional de las cosas. Como afirmó un ex – integrante del equipo responsable del diseño de la propuesta, “...tuvimos muchas asambleas y nunca nos pusimos de acuerdo. Es que un sistema centralizado nunca se podrá poner de acuerdo con un sistema descentralizado”.¹⁸

La oposición interna a la creación del PAC quedó graficada en un hecho singular: la autógrafa del Decreto Supremo que oficializaría el PAC no contó con el visto bueno del Secretario General del Ministerio, ni del Jefe del Programa Salud Básica Para Todos. Estos dos importantes funcionarios del Ministerio se colocaron por encima del Ministro Freundt, aduciendo que el PAC era una forma de debilitar el funcionamiento de la institución. Estando la autógrafa bloqueada durante varias semanas al interior de la institución, el Ministro Freundt optó por presentar la propuesta directamente al Presidente de la República, Alberto Fujimori, obteniendo su decidido apoyo. La posibilidad de mejorar el funcionamiento de los establecimientos de salud incorporando esquemas de gestión privada de recursos y personal resultó atractiva para el Presidente. Además, en los últimos días de abril de 1994 el gobierno había promulgado una Ley de Participación Ciudadana que buscaba, supuestamente, consolidar la democracia mediante el impulso de esquemas de participación de la población en la administración de los servicios públicos. La propuesta del Ministro Freundt encajaba en el espíritu de lo previsto por esta Ley, que entre otras cosas no contaba con reglamentos ni mecanismos explícitos para su efectiva puesta en marcha¹⁹.

Es así como en mayo de 1994 el Gobierno Peruano creó formalmente el Programa de Administración Compartida (PAC) mediante Decreto Supremo²⁰. De manera llamativa, el

¹⁶ Entrevista Número 5

¹⁷ Entrevista Número 1.

¹⁸ Entrevista Número 1.

¹⁹ Meses después, Fujimori formularía declaraciones públicas ponderando la participación comunitaria que tenía lugar bajo el marco de los CLAS, en una de sus pocas expresiones directas de apoyo a la propuesta.

²⁰ Decreto Supremo 01-94-SA, promulgado el 5 de mayo de 1994.

documento original llevó las firmas del Presidente de la República y del Ministro de Salud; no así aquellas de los referidos funcionarios del MINSA.

II. Poniendo en marcha y extendiendo el Programa de Administración Compartida

El equipo responsable estableció algunos criterios para la implementación del PAC: que el proyecto fuese de rápida extensión y que iniciase su desarrollo con un “perfil bajo”. En el primer caso, los impulsores de la estrategia no deseaban que el Programa iniciara su implementación sobre la base de “experiencias piloto”. Teniendo en cuenta que la “expectativa de vida” de los ministros de salud en el Perú es de nueve meses en promedio, era entendible que muchas iniciativas quedasen restringidas a interesantes experiencias piloto, sin formalización ni extensión. Ante el temor que el ministro no durase mucho tiempo, y que el Programa se encontrase privado súbitamente del apoyo político inicial, buscaron una expansión rápida.

El segundo criterio respondía a la necesidad de iniciar sin mayor difusión la conformación de CLAS en los establecimientos, con el objeto de avanzar rápidamente dicho proceso, antes que se organizaran los grupos de poder opuestos a la propuesta: “cuando los dirigentes de los sindicatos, de las asociaciones médicas y los funcionarios tradicionales del Ministerio se dieron cuenta de la existencia de los CLAS, ya habíamos instalado alrededor de ciento cincuenta a doscientos CLAS. La bola ya se había echado a rodar...”²¹. En esta etapa inicial, la constitución de CLAS en los establecimientos se realizó en coordinación directa con las poblaciones y equipos locales de salud, sin involucrar mayormente a las Direcciones Regionales de Salud.

¿Cómo se creaba un CLAS? El CLAS era conformado por tres representantes de la comunidad, elegidos directamente por la población, y otros tres que eran seleccionados entre la población por la Dirección Regional de Salud. A ellos se les unía el jefe del establecimiento de salud. Un aspecto al que se prestó atención fue al papel de la mujer en la vida comunitaria. Se promovió así la elección de mujeres en la composición de las directivas de los primeros CLAS. Asimismo, la posibilidad de designar directamente a tres de los integrantes permitió seleccionar como integrantes de los directorios de los CLAS a profesores, párrocos, promotores de salud, personas con influencia en la comunidad y que habían demostrado su compromiso con la salud de la localidad.

En agosto de 1994 se instalaron los primeros doce CLAS, tres en Ayacucho (sierra del Perú) y nueve en Chíncha (zona costera). Las razones de la selección de ambas regiones fueron distintas: en el caso de Ayacucho, se deseaba instalar el primer CLAS en una zona recuperada de las manos del terrorismo. Se quería dar de esta manera una señal política: la forma de recuperar el Estado era a través de la participación, del control y la fiscalización. En el caso de Chíncha, los contactos existentes entre miembros del equipo impulsor y líderes comunitarios de la zona favorecieron su selección como una de las primeras zonas en las que se implementó la estrategia de administración compartida. Es decir, eligieron Ayacucho por su significado político y social y Chíncha por las facilidades que parecía ofrecer para la implementación.

²¹ Entrevista Número 1

Una vez oficializado el PAC, se sucedieron las solicitudes para la instalación de nuevos CLAS. Entre 1994 y 1996 se dio un rápido proceso de expansión del PAC culminando con el quince por ciento del total de establecimientos del primer nivel de atención funcionando bajo este esquema.

Diversos elementos confluyeron para que se diese una expansión en dicha magnitud. Uno de los miembros del equipo responsable intenta explicar algunos de ellos: “el hecho real es que, entre 1994 y 1996, cada vez que se solicitaba recursos para crear un CLAS, los recursos eran transferidos. Contábamos con el más alto apoyo político y con recursos financieros para asignar a los planes de salud elaborados por cada Comité.”²² Esta visión es complementada por un ex - integrante del equipo técnico del PAC en el período 1996 – 1997²³:

“La mayoría de actores que favorecieron el proceso se encontraba por fuera del sistema, como es el caso de la cooperación internacional y de las autoridades locales, quienes establecieron niveles de influencia, de presión, de lobby con las autoridades de salud para impulsar la propuesta. Pero también se debió a las capacidades de maniobra que tuvo el equipo del PAC, el cual, pese a ser pequeño, tenía una imagen de mucho soporte político. Esa combinación de un equipo pequeño, cohesionado y con una imagen de abierto soporte político, fue lo que permitió establecer un margen de maniobra suficiente para implementar el programa y hacerlo avanzar a una impensada velocidad.”

En efecto, desde su creación y hasta mediados del 95, el equipo impulsor de los CLAS era percibido como un grupo autónomo, parecido a los de los proyectos de cooperación internacional vigentes en aquel entonces²⁴, con una notable diferencia: el sólido apoyo brindado por el Ministro Freundt. Esto último, aunado a la rapidez con la que se iban constituyendo los CLAS, generó en las autoridades regionales de salud la percepción que los CLAS terminarían extendiéndose a todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención, aún cuando esto no estaba explícitamente establecido en ningún documento oficial. El PAC era, aparentemente, el eje de la reforma del sector salud. Dicho mensaje informal se extendió rápidamente hacia los niveles descentralizados.

*“En cualquier supervisión que realizábamos a provincias el hecho anecdótico más contundente era que uno iba a supervisar o visitar los establecimientos y todo el mundo te preguntaba cuándo se va a “clasear” todo, cuándo sale el dispositivo general que convierte todos los establecimientos en CLAS; todo el mundo preguntaba eso en los niveles operativos”.*²⁵

La velocidad en la constitución de los CLAS habría reflejado también un sentido de oportunidad de parte de algunos directores regionales de salud y líderes comunales: “intentando un análisis geo-referencial y socio-económico, los CLAS primigenios no estaban ubicados en las zonas más pobres, estaban ubicados en zonas intermedias, algunos en zonas rurales, cierto, pero también en zonas relativamente accesibles. En esos niveles

²² Entrevista Número 1.

²³ Entrevista Número 5.

²⁴ De hecho, como ya se indicó, el equipo impulsor del PAC era autónomo, financiado por un Programa de Cooperación Internacional hasta 1996, año en el que el equipo del PAC pasa a depender formalmente del Programa de Salud Básica Para Todos.

²⁵ Entrevista Número 3.

los líderes comunitarios contaban con niveles de educación suficientes para apreciar la oportunidad que podía brindar el modelo. En el caso de los directores regionales de salud, habría existido una mezcla de emociones: mientras a algunos les incentivó lo innovador de la experiencia, otros la veían con escepticismo, como una moda más, que había que implementar para quedar bien con la Alta Dirección del Ministerio”²⁶.

III. Se debilita la presencia de la Administración Compartida en la agenda sectorial

Dadas las motivaciones expuestas y el deseo de aprovechar el “momento político institucional” favorable a la iniciativa, el propósito de constituir rápidamente los CLAS condujo al equipo impulsor a concentrar sus esfuerzos en dicho proceso, descuidando, sin embargo, la planificación de esquemas permanentes de orientación y asesoría a los recién constituidos Comités. El equipo PAC del nivel central del Ministerio consideró erróneamente que esta labor sería asumida plenamente por las Direcciones Regionales de Salud. Sin embargo, la implementación de la estrategia de administración compartida de los servicios de salud había sido comandada esencialmente desde el nivel central, con un equipo impulsor insuficiente para el nivel de demanda que estaba soportando. La información que se brindaba a las autoridades regionales estaba muy concentrada en los requisitos administrativos para la constitución de los CLAS, y no tanto en los contenidos de la asistencia técnica a brindar. Es por ello que muchos representantes de la población, especialmente aquellos provenientes de contextos rurales, tuvieron que aprender sobre la base del ensayo y el error. En un importante número de CLAS a lo largo del país, la ausencia de orientación técnica conllevó a que el gerente del CLAS (médico jefe del establecimiento) fuese el protagonista principal en la elaboración del Plan de Salud Local y en la toma de decisiones sobre el uso de recursos, siendo el resto de integrantes del Comité meros “acompañantes” que formalizaban y apoyaban decididamente la implementación de dichas decisiones. Por otra parte, existían CLAS²⁷ en los que los integrantes del Comité asumían sus distintos papeles, a pesar de su limitado manejo de los complejos procedimientos de administración que debían seguir.

A pesar de las limitaciones referidas, la generación de instancias de participación ciudadana en la cogestión de servicios de salud formalizadas como política nacional²⁸ y su rápida expansión habrían influido para que, prácticamente desde su inicio, la estrategia de Administración Compartida concitara la atención de la comunidad académica. Entre los meses de junio y julio de 1994 Carl Taylor, experto internacional de la Universidad Johns Hopkins, vino al Perú convocado por el equipo del PAC para brindar asesoría al Programa recientemente creado. Taylor, quien había colaborado directamente con el director de la Organización Mundial de la Salud, Halfden Mahler, en el lanzamiento de la estrategia de la atención primaria de salud (APS), quedó impresionado con la propuesta y así se lo hizo saber a los integrantes del equipo. “La visita de Carl Taylor nos consolidó como equipo. Ni en el Ministerio de Salud, ni en el Ministerio de Economía y Finanzas, ni en la Presidencia del Consejo de Ministros habíamos contado con un aval técnico de ese nivel. Contábamos

²⁶ Entrevista Número 3.

²⁷ Por lo general, aquellos en los cuales los representantes de la comunidad contaban con experiencia de dirección previa y de interacción con diferentes interlocutores.

²⁸ Hasta la aparición de los CLAS, diversas experiencias de participación social desarrolladas en el sector salud peruano no habían podido trascender su condición de “experiencias piloto”, desarrolladas en espacios específicos locales o a partir de intervenciones externas (organizaciones de cooperación internacional, organizaciones no gubernamentales, iglesias, etcétera).

con aval político, pero fue de un gran valor que viniese una persona como Carl Taylor, que era profesor emérito de la Universidad de Johns Hopkins y nos dijera que lo que estábamos haciendo era un cambio muy importante, una revolución”.²⁹

Entre 1995 y 1997 se desarrollaron y publicaron distintos estudios sobre la experiencia de los CLAS (Altobelli, 2002; Cortez, 1997; Rojas, 1997), la mayoría de ellos fundamentados en entrevistas a los miembros del Comité y a los usuarios de los establecimientos, complementándolas con análisis de las atenciones brindadas, políticas de exoneraciones, etc. Estos estudios arrojaron conclusiones favorables sobre el Programa, pero también llamaron la atención respecto a actitudes contrapuestas hacia el CLAS por parte de funcionarios del nivel central y de autoridades regionales de salud: la cogestión de los servicios de salud del primer nivel de atención convocaba adherencias, pero también generaba incertidumbre, cuando no oposición y resistencia .

¿Cómo se manifestaban éstas últimas en los niveles regionales? Desde que comenzó a funcionar el Programa, algunos funcionarios regionales del Ministerio empezaron a cuestionarlo y se negaron a apoyar su desarrollo, lo que se manifestó en términos que fueron desde la indiferencia y la falta de apoyo y orientación institucional, hasta la abierta oposición y obstaculización de las gestiones de los flamantes comités. Por ejemplo, en varias dependencias regionales de salud los responsables de la asignación de insumos y medicamentos provenientes de los Programas Nacionales de Salud (control de tuberculosis, control de infecciones respiratorias agudas, control de enfermedades diarreicas, etcétera) negaron dichos recursos a los establecimientos con administración compartida, bajo el argumento que éstos, al contar con personería jurídica de carácter privado y poder hacer uso directo de los recursos recaudados, tenían suficiente dinero para comprarlos por su cuenta.³⁰ Lo mismo ocurría al momento de decidir la asignación de unidades móviles y otros recursos. De manera adicional, la negativa a brindar apoyo y orientación técnica a los integrantes de los comités de administración compartida frecuentemente iba de la mano con rigurosas iniciativas de supervisión y auditoría respecto al cumplimiento de las normas y procedimientos administrativo-financieros. Estas iniciativas aparentemente buscaban desalentar la participación de los representantes comunitarios y afectar su imagen ante la comunidad (Cortez, 1997; Banco Mundial, 1999 y Entrevistas 3 y 4). Acostumbrados a manejar directamente los recursos, parecía que los funcionarios intermedios en las Direcciones Regionales de Salud no veían con buenos ojos el tener que auto-limitarse a ejercer un papel exclusivamente normativo y regulador, como tampoco el tener que negociar decisiones sobre los recursos de salud en los puestos y centros de salud con las personas de la comunidad.

La oposición de la cual era objeto el PAC se sentía aún más en la sede central del Ministerio. Uno de los miembros del equipo responsable del PAC señala: “En general, la oposición más fuerte estuvo en la gente de la cultura pública tradicional, los que manejaban recursos o poder. Un grupo de oposición abierta era la gente de la Dirección General de Salud de las Personas. Para ellos, era una pérdida de atribuciones en el manejo de recursos, era compartir el poder con la gente de los niveles locales. Todo lo reducían al manejo del presupuesto que era directamente transferido a los CLAS, descuidando su

²⁹ Entrevista Número 1.

³⁰ En el caso de los servicios bajo la administración tradicional, los recursos directamente recaudados debían ser enviados a los niveles intermedios de administración regional. Los CLAS no solamente podían hacer uso de los recursos recaudados, sino que las asignaciones presupuestales tampoco pasaban por la Dirección de Salud: iban directamente a la cuenta corriente de cada CLAS.

función de regulación y conducción frente a las prioridades sanitarias del país. El otro problema, reactivo en ellos, era que el PAC había surgido como una “actividad de proyectos de cooperación internacional”, a los que los funcionarios de la estructura tradicional veían como “el otro Ministerio de Salud”.

El sindicato de trabajadores, por su parte, denunciaba al PAC como un intento de privatizar la salud y de terminar con la estabilidad laboral del personal nombrado. Argumentaban que la privatización de los servicios de salud atentaría contra la salud de la población. Manifestaban, además, que el PAC tenía un trasfondo populista, pues un año después se realizarían las elecciones presidenciales. Los integrantes del sindicato pegaban afiches en el edificio central del Ministerio utilizando estos argumentos en contra de los CLAS.

La oposición al CLAS existente al interior del Ministerio pareció tener éxito en 1995: Eduardo Yong Motta, recién ingresado como Ministro de Salud en reemplazo de Jaime Freundt, cedió a las presiones del gremio médico y de los sindicatos. Así, promulgó una Resolución Ministerial que disponía la disolución del Programa de Administración Compartida. Aunque dicha Resolución Ministerial contó con la firma de las autoridades institucionales, apenas se supo de su existencia surgieron voces opositoras de dentro y fuera del Ministerio³¹. La controvertida norma no fue publicada en el diario oficial “El Peruano” y a los pocos días fue dejada de lado.³²

El PAC pierde prioridad ante nuevas propuestas de reforma

El nuevo Ministro de Salud, Eduardo Yong Motta, promovió la reforma global del sector salud como tema central de la agenda sectorial. Los equipos técnicos de los proyectos de cooperación internacional se abocaron durante 1996 y 1997 a plantear diversas opciones de cambio en la organización y financiamiento del sistema de salud peruano, elaborando así la que sería conocida como la propuesta “oficial” de reforma del sector.³³ Los nuevos equipos de consultores que se incorporaron al abrigo de este gran proyecto de reforma propusieron un cambio estructural del sistema de salud. Como el equipo del PAC no estaba integrado a dichos equipos de consultores y la propuesta se había desarrollado con años de anterioridad, la estrategia de administración compartida parecía no ser parte integrante de los cambios a desarrollar. A ojos de propios y extraños, dicha estrategia empezaba a enfrentar una aparente pérdida de prioridad, a pesar de su aceptación en la población y las autoridades locales.

Los consultores de los proyectos de cooperación internacional, anteriores voceros “informales” del desarrollo imparable del PAC, dejaron de impulsar la idea de extenderlo a todo el primer nivel de atención. La expectativa de la extensión de los CLAS, sin embargo, ya estaba instalada en los niveles locales y se continuó su conformación en los establecimientos, a pesar de la desorientación en los niveles operativos respecto a la continuidad y sostenibilidad de la propuesta.

³¹ La existencia de dicha Resolución Ministerial generó un comentario editorial adverso en el diario “Expreso”, en aquellos días muy ligado al gobierno de Fujimori, bajo el título de “Vergüenza en Salud”.

³² Entrevista Número 1.

³³ Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, que aportaba el mayor número de consultores al diseño de la propuesta de reforma sectorial en salud.

En abril de 1996 el abogado Marino Costa Bauer es nombrado Ministro de Salud, en reemplazo de Yong Motta. El nuevo Ministro tenía una amplia experiencia en el tema de seguros privados de salud y su agenda incluía como un tema de alta prioridad la creación de un mercado para dichos seguros, relegando los procesos de cambio impulsados por el Ministerio en el primer nivel de atención durante los años previos (Programa de Salud Básica Para Todos y Programa de Administración Compartida), e incluso desplazando momentáneamente las propuestas de reforma del sector salud trabajadas por los proyectos de cooperación internacional durante la gestión del ministro Yong Motta.³⁴ La falta de un mandato político claro por parte del nuevo ministro en cuanto al apoyo de la administración compartida de los servicios de salud despertaba inseguridad respecto al futuro de la iniciativa

¿Qué experimentaban, mientras tanto, los integrantes de los Comités Locales de Administración de Salud? En aquellos CLAS que funcionaban adecuadamente, sus integrantes vivían una experiencia inédita: podían participar de la contratación del personal de salud y podían disponer de los ingresos por tarifas y así potenciar su infraestructura, su equipamiento, el abastecimiento de medicinas, etcétera. Este sentido de “propiedad” respecto a las decisiones influyó en la mejora de la infraestructura de los servicios y condujo también a que contasen con más personal y a que dicho personal de salud cumpliera con todo el horario. Simultáneamente, observaban que establecimientos vecinos que funcionaban bajo el modelo de administración tradicional presentaban problemas en cuanto al cumplimiento del horario de trabajo, en el trato a los pacientes, en las condiciones en las que se atendía a la gente, en la extensión de la atención hacia los hogares y los caseríos. Dicha experiencia afirmó el aprecio del modelo CLAS entre varios sectores de la población (Cortez, 1997; Banco Mundial, 1999). Eso se expresó a través de las demandas que hacían las autoridades locales para incorporar bajo la modalidad de administración compartida a más establecimientos de salud de sus jurisdicciones. Como recuerda el ex – Ministro de Salud, Marino Costa Bauer³⁵:

“Los alcaldes eran los principales interesados en poder contar en sus jurisdicciones con este tipo de modelo. Recuerdo haber tenido conversaciones con los alcaldes de Villa El Salvador, de Lurín, de San Juan de Lurigancho, que estaban sumamente interesados e identificados con la figura del CLAS; fuera de Lima también, en Chiclayo, en Piura, Cusco... es más, cada vez que yo salía de visita, formalmente el alcalde recibía al Ministro y uno de los temas era la posibilidad de convertir tal o cual establecimiento en CLAS. Y afirmaban que el establecimiento ya estaba, digamos, “maduro” para convertirse en CLAS, que la propia comunidad había hecho el pedido que ya se había identificado a los representantes de la comunidad que podían participar en la Junta Directiva del CLAS, que era gente preparada, en fin, había una iniciativa generalizada de apoyo a esta propuesta”.

De otro lado, continuaban los cuestionamientos al PAC por parte de funcionarios regionales y del nivel central del Ministerio³⁶. Se hacía énfasis en la creciente presencia de problemas de operación en el desarrollo de los CLAS, vinculados en su mayoría a deficiencias en el conocimiento y aplicación de los procedimientos administrativos. Es así

³⁴ Estas recién cobrarían visibilidad dos años después, en 1998, con la implementación de pilotos de reforma en cinco redes de servicios de salud en el nivel nacional y cinco hospitales.

³⁵ Entrevista Número 6.

³⁶ Entrevista Número 1

como la Inspectoría del Ministerio se constituyó en uno de los centros de la resistencia institucional contra los CLAS³⁷.

La Inspectoría elaboró dos informes, correspondientes a los años 1997 y 1998, que eran lapidarios para el PAC y en los que solicitaba la desaparición de los CLAS. Dichos informes, que coincidieron con la suspensión temporal de creación de nuevos CLAS – como veremos más adelante - no fueron, sin embargo, atendidos por el Ministro Costa. La inspectoría inició, incluso, procesos administrativos a los Comités de Administración Compartida en algunas provincias del interior del país. Con el tiempo dichos procesos se desactivaron. Sin embargo, es cierto que parte de los cuestionamientos de la inspectoría respondían a problemas efectivos de operación surgidos como resultado de la fase de rápida constitución y extensión. Esto último se hizo más evidente cuando el equipo del PAC perdió su autonomía operativa al dejar de ser financiado con recursos de la cooperación internacional y pasar a sustentarse directamente en el tesoro público. Esto condujo a que el funcionamiento del PAC pasara a depender del Programa Salud Básica para Todos, que administraba los recursos que ahora financiarían los CLAS. Al respecto, el ex - Jefe del Programa de Salud Básica Para Todos (1996 – 1999)³⁸ recuerda: “En 1997, los fondos de financiamiento (del equipo responsable del) CLAS pasaron a depender del tesoro público; por tanto, pasaron a ser una responsabilidad nuestra: Salud Básica Para Todos contaba con supervisores y referentes en todas las regiones del país y el PAC había dejado de ser un “programa intocable” por su autonomía y dependencia directa del Despacho Ministerial. Entonces pudimos detectar que durante los años 1994 a 1996 se había dado un proceso compulsivo de conformación de CLAS, en el cual se explicaba a los líderes comunitarios cómo armar el expediente para su constitución, pero no se explicaba qué venía después, cómo iba a ser la vida cotidiana de la operación. Las demandas que planteaba el proceso operativo de gestión del CLAS y la falta de orientación al respecto generaban frustración, tanto del personal de salud, del gerente, como de la propia comunidad. La extensión masiva de la propuesta la ponía en mayor riesgo aún, si es que no contaba con un soporte institucional.”

La relación entre los equipos de Salud Básica Para Todos y el equipo técnico del PAC no era, empero, una relación fluida. La evidente autonomía con la que éste último se había conducido, y las limitaciones evidenciadas en el monitoreo del PAC, aunadas al hecho que ambos equipos tenían enfoques distintos en el desarrollo de sus acciones (Salud Básica Para Todos tenía un enfoque netamente centralista en la toma de decisiones, el PAC promovía la autonomía regulada en la programación y ejecución del gasto), fueron condiciones que generaron diferencias que se reflejaron en el grado de apoyo brindado al PAC. Un ejemplo de ello fue la conformación de los denominados Equipos de Apoyo Permanente al PAC (EPAC), que debían fortalecer las acciones del PAC en los niveles regionales y que contaron con muy pocos recursos para desarrollar su labor.

Sin embargo, habiendo sido integrados en un mismo equipo de trabajo y teniendo el mandato de optimizar el desarrollo del PAC, ambos grupos unieron esfuerzos. Es así como, desde 1997, el Programa Salud Básica Para Todos se aboca, junto al equipo técnico del PAC, a sistematizar el marco de trabajo técnico-administrativo y sanitario de los CLAS, cuyas dimensiones no necesariamente estaban contempladas en las tradicionales normas

³⁷ La Inspectoría es el órgano de control administrativo interno del Ministerio de Salud. Es un órgano asesor del Despacho Ministerial, al que reporta directamente. Acoge e investiga denuncias sobre procedimientos y acciones reñidas con el funcionamiento adecuado de la institución.

³⁸ Entrevista Número 3.

del Ministerio: ¿cuál era la legislación tributaria aplicable a los CLAS? ¿Cuál la legislación laboral? ¿Cuáles sus papeles y funciones para hacer viable su inscripción en registros públicos como asociación civil sin fines de lucro? ¿Cuáles los procesos más complicados respecto a la participación?, etcétera. Sobre esta base, se empezó a “ordenar la casa”, en relación con normas y esquemas de asesoramiento que se habían evidenciado hasta aquel momento como bastante limitados. La relación existente entre los integrantes del Programa Salud Básica Para Todos y las autoridades regionales de salud³⁹ facilitó este proceso.

Suspensión en la constitución de nuevos CLAS

En 1997, pese a las sucesivas muestras de acogida frente a la estrategia de administración compartida de los servicios de salud, las fuertes críticas que se le hacían al interior del sector salud, los crecientes problemas operativos en su implementación y sobre todo la falta de evidencia integral respecto a los resultados de la implementación de la estrategia, llevaron al Ministro Costa a plantear la realización de una evaluación nacional del Programa de Administración Compartida, previa a la conformación de nuevos CLAS. En aquel momento, el PAC funcionaba en 26 de las 32 Direcciones Regionales de Salud del país, alcanzando a 700 establecimientos de salud, responsables de la atención de salud de tres millones y medio de habitantes, e involucrando a más de tres mil representantes ciudadanos que formaban parte de los comités de administración compartida⁴⁰:

“Cuando llega Costa Bauer, los estudios cualitativos mostraban pedacitos de CLAS: alguien había visto algunos CLAS, otros habían visto otros CLAS, y esa era toda la percepción que se tenía, a lo que se agregaba la observación directa que realizaban el Ministro y sus asesores en sus viajes al interior. El Ministro Costa nos convocó para decirnos: “estoy bastante saturado de esta situación, para unos el CLAS es muy bueno; para otros, es muy malo y sus opiniones se basan fundamentalmente en anécdotas personales”. Esto último era cierto. Los estudios cualitativos eran muy pequeños, no tenían nivel de inferencia nacional y el resto de cosas eran experiencias puntuales que había tenido la gente al contactarse de manera fortuita con un CLAS. Entonces en función de eso se daba una opinión y se hacía un nivel de inferencia nacional”.

“¿Cuál fue la indicación concreta del Ministro? Primero, contar con una evaluación a escala nacional de los CLAS, lo más completa posible. Segundo, brindar un nivel de soporte técnico a los CLAS, cualquiera que fuese la decisión que tomase la Alta Dirección, porque la extensión de la experiencia ya había desencadenado una serie de procesos y comprometido recursos públicos en una cantidad importante. Su tercera indicación fue no constituir ningún CLAS adicional hasta que se tuviese evidencia suficiente para absolver las interrogantes sobre el resultado de la estrategia. Esto es lo que se trabajó en esa etapa, la evaluación nacional, la instrumentación para el soporte, monitoreo y supervisión, y el estado del arte en el asunto del CLAS, para hacer un relanzamiento o en su defecto poder tomar otro tipo de decisión la Alta Dirección”.

³⁹ Que se fundamentaba en las transferencias directas que canalizaba dicho Programa a las Direcciones Regionales de Salud, para la contratación de personal profesional y en la asesoría técnica que sus supervisores desarrollaban periódicamente. El Programa de Salud Básica Para Todos se había constituido en el vínculo de mayor organicidad entre la sede central del Ministerio y las jurisdicciones regionales de salud.

⁴⁰ Entrevista Número 3. Evidencia compartida con Entrevistas 4, 5, 6 y experiencia propia.

En 1997 el Ministerio dio inicio a la primera evaluación nacional del PAC, la que fue encargada a un equipo de investigadores independientes y de reconocida trayectoria, contratados por el Programa Salud Básica Para Todos (Vicuña; Ampuero; Murillo; 1997-1998). El objetivo era desarrollar una investigación de alcance y representatividad nacional, que incluyese entre sus informantes a personas que vivieran en las propias comunidades rurales y no solamente a usuarios efectivos de los establecimientos de salud, cuyas opiniones habían sido el sustento principal de las investigaciones previamente realizadas (Cortez, 1997; Rojas, 1997).

De otro lado, a fines de 1997 el diseño de lo que serían las denominadas “aplicaciones iniciales de reforma del sector salud” estaba casi concluido. Estas propuestas giraban alrededor de dos ejes principales: mecanismos “de contratación” para la asignación de recursos financieros a las regiones de salud y hospitales, denominados Acuerdos de Gestión, y nuevas formas de articulación y descentralización de los servicios de salud, denominadas redes de servicios de salud. Las diversas propuestas aparentemente excluían al Programa de Administración Compartida del nuevo modelo de reforma. De hecho, la autonomía de gestión de la cual gozaban los CLAS parecía incompatible con la idea de las redes como un conjunto de establecimientos de salud asociados y dependientes de una sola gerencia central. Los impulsores del CLAS pensaban que la gestión centralizada de varios establecimientos asociados podía tal vez ofrecer ganancias relativas a la eficiencia de su administración, pero se corría el riesgo de diluir la participación directa de representantes de la comunidad en la gestión de los servicios de salud.

Los hechos referidos determinaron inestabilidad en el equipo técnico del PAC en el nivel central y en los niveles regionales, extendiéndose un sentimiento generalizado de falta de apoyo político a la propuesta. Esta falta de apoyo se manifestaría de manera sutil en el desplazamiento de la oficina del equipo PAC del cuarto piso del edificio MINSA, en el que se ubicaban los Despachos Ministerial y Viceministerial, al primer nivel, donde se encontraban oficinas de índole administrativa.⁴¹ Adicionalmente, durante 1998 el equipo del PAC fue renovado casi en su totalidad, pues los integrantes del equipo inicial fueron incorporándose a proyectos de cooperación u otras iniciativas de desarrollo profesional.

¿Cuál fue la reacción del nuevo equipo PAC y de los CLAS a esta creciente pérdida de prioridad? Un antiguo integrante del equipo técnico del PAC recuerda que los CLAS buscaron soporte en los espacios de interacción local (distrital) y provincial⁴²: “El PAC había alcanzado una dimensión tal que, aunque las nuevas gestiones sectoriales no tuviesen el CLAS como prioridad en su agenda, ya no podían plantear un retroceso. Sabían que los CLAS estaban generando su propia sostenibilidad en los niveles locales, su propio espacio con las autoridades y que esas autoridades tenían llegada al Gobierno Central. En las regiones, en ausencia del soporte político explícito del nivel central, los CLAS se respaldaron en el soporte político que les brindaban las comunidades y líderes de sus localidades.”

De otro lado, luego de un necesario proceso de aprendizaje, el nuevo equipo PAC aprovechó la suspensión de la implementación para dar continuidad al trabajo iniciado por

⁴¹ El espacio dejado por el equipo PAC sería la nueva oficina del equipo de consultores convocado para diseñar la propuesta de modernización de la seguridad social en salud.

⁴² Entrevista Número 5.

los equipos técnicos del Programa de Salud Básica Para Todos en 1997, buscando desarrollar instrumentos sencillos que facilitasen la cogestión de los establecimientos de salud. Así, sobre la base de lo observado en las visitas de supervisión a las regiones, adecuaron el Programa de Salud Local y desarrollaron instrumentos de orientación técnica, con especial énfasis en el análisis de los procesos de rendición de cuentas y de auditoría, dado que se estaban afectando recursos públicos.

Dos visiones contrapuestas sobre la participación social

En 1998 se constituyó el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG), el cual asumiría el mando del Programa de Salud Básica Para Todos y, por consiguiente, del Programa de Administración Compartida (PAC). El PAAG en su inicio estaba integrado por consultores de los proyectos de cooperación internacional y coordinaba acciones directamente con la Unidad Coordinadora del Proceso de Modernización del Sector Salud, la flamante “unidad de reforma del sector salud” creada a inicios de dicho año por el Ministro Costa⁴³. El Programa de Salud Básica Para Todos y el PAC, en cambio, estaban constituidos por equipos de trabajo contratados con tesoro público y tenían una mayor presencia operativa en las distintas regiones de salud del país.

Con esta decisión, los consultores de los proyectos de cooperación internacional encargados de liderar el proceso de reforma del sector salud quedaron en capacidad de controlar los recursos y equipos profesionales de los programas que tenían mayor ascendencia y manejo de recursos al interior del Ministerio. Sin embargo, existían diferencias conceptuales y operacionales entre ambos equipos, pues por un lado estaban los consultores de proyectos de cooperación internacional que acababan de asumir el control del PAAG, y del otro, los profesionales contratados por el Programa de Salud Básica Para Todos (que como hemos señalado ya incluía al PAC) con un trabajo más directo en los niveles regionales y locales de salud. Los primeros, luego de dedicar dos años al diseño de una propuesta de reforma sistémica, promovían un modelo que sería producto de la extensión de los “pilotos de la reforma” (las “redes de servicios de salud” y los “acuerdos de gestión” con redes y hospitales autónomos) y en la cual la competencia entre prestadores mejoraría la calidad y la eficiencia (Costa, 1997). El otro equipo, en cambio, era escéptico frente a dichas propuestas, particularmente en lo que se refiere a sus procesos de diseño e implementación, calificándolos como “teóricos” y “poco adecuados a la realidad local”. Uno de los ex – responsables del PAC recuerda⁴⁴:

“Ingreso al equipo en una suerte de transición en el mismo, que significa que el equipo que se había encargado del PAC desde su origen en 1994 estaba en práctica renovación. Esto coincidió con la incorporación del Programa de Administración Compartida al interior del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, de tal suerte que se producía un tránsito dual: uno orgánico, en relación con la composición del nuevo equipo - que empezaría a encabezarlo yo junto a otras personas como abogados, contadores, médicos, etcétera. De otro lado, los nuevos integrantes del equipo percibíamos una suerte de transición, de discusión sobre el enfoque, la aproximación, los posicionamientos y el entendimiento de lo que significaban los objetivos del programa, los

⁴³ Cuyo equipo de consultores reemplazaría a aquel encargado de impulsar la propuesta de modernización de la seguridad social en salud, en lo que respecta a su ubicación en el cuarto piso del edificio del Ministerio, entre los despachos del Ministro y del Viceministro de salud.

⁴⁴ Entrevista Número 4.

supuestos del programa, el balance sobre el aporte del programa al tema de la reforma y el logro de los objetivos primordiales para la salud...”

Nos encontramos entonces entre dos visiones distintas: una, que pretendía impulsar una “reforma desde la base”, con componentes de cogestión local. La otra, menos sensible a la participación como mecanismo esencial de mejora del desempeño del sector salud, buscaba instalar modelos e instrumentos gerenciales que promoviesen eficiencia en sus entes ejecutores. Aunque el discurso de esta segunda opción no negaba la participación ciudadana en el nivel local, es claro que no la apoyaba con la misma decisión de antes.

El conflicto entre estas visiones se manifestaba en las visitas de campo que cada equipo hacía a las regiones de salud. Cada equipo enfatizaba los temas y preocupaciones vinculada a su visión de la reforma del sector, obviando las inquietudes y proposiciones del otro. La discusión también parecía reflejar la tensión entre dos “ministerios de salud” alternativos que coexistían en un mismo edificio. Estas diferencias produjeron tensiones en lo que respecta a la toma de decisiones coherentes sobre el desarrollo de los programas y sobre el enfoque de la participación social en salud. Durante todo el año 1998 la relación entre los equipos técnicos del PAAG, de un lado, y de los Programas de Salud Básica Para Todos y de Administración Compartida, del otro, fue estrictamente formal, con escaso intercambio técnico.

En medio de este conflicto, la articulación entre los profesionales del Programa de Salud Básica Para Todos con el equipo responsable del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión tampoco resultaría un proceso sencillo⁴⁵: “en un primer momento del desarrollo del nuevo equipo PAC y de su articulación con el PAAG, se tuvo que enfrentar los rezagos de una latente y vieja rivalidad e incomunicación entre el Programa de Administración Compartida y el de Salud Básica Para Todos, producto, creo, de la excesiva autonomía de la que había gozado antiguamente el primero. Sin embargo, en este nuevo período el coordinador de Salud Básica para Todos asume también la Coordinación Nacional del Programa de Administración Compartida. Allí noto un período de curar heridas, resanar cosas, cuando los antiguos contendientes comparten responsabilidades sobre un Programa común. En un primer momento, este tipo de “dinámicas internas” no permitió trabajar los aspectos vinculados a lo técnico...” “...meses después nos abocaríamos a elaborar un plan de desarrollo del programa y ordenar los procedimientos bajo las orientaciones del PAAG y del Coordinador Nacional.”

Mientras esto sucedía en el Nivel Central del Ministerio, en los niveles locales y en las comunidades la continuidad de la autonomía de gestión de los CLAS ya establecidos había generado dinámicas distintas⁴⁶:

“...mientras la historia institucional del Ministerio transcurría con marchas y contramarchas, los CLAS encontraban en el manejo de los recursos, en la influencia organizada de la comunidad, un elemento de identidad. De tal modo que los CLAS se comunicaban entre ellos de manera no estructurada y se identificaban todos como parte de esa experiencia. Era un círculo virtuoso que empoderaba a la gente cuando ellos veían que las decisiones que tomaban hacían que las cosas mejorasen, mientras en el establecimiento de al lado, que no tenía CLAS, existían problemas en el horario, en el trato a los

⁴⁵ Entrevista Número 4.

⁴⁶ Entrevista Número 4.

pacientes, en las condiciones en las que se atendía a la gente, en la extensión de los equipos hacia las casas, los hogares, los caseríos. Creo que esos hechos concretos afirmaron a la población usuaria de los CLAS a apreciar el modelo. Las solicitudes para la constitución de nuevos CLAS llegaban a la Alta Dirección (Ministro y Viceministro de Salud) y las pasaban a nosotros como equipo. Teníamos muchas solicitudes de ampliar el Programa de Administración Compartida, pero no podíamos hacer nada más que pedir paciencia...”

IV. La cogestión de los servicios recupera prioridad en la agenda sectorial

El año 1998 resultó decisivo para la estrategia de Administración Compartida de los Servicios de Salud, pues ocurrieron dos eventos que tendrían una importante influencia en el futuro desarrollo y sostenibilidad del PAC. El Banco Mundial, en preparación de su nuevo préstamo al sector salud, realizó entre abril y mayo de 1998 el estudio “*Perú: Improving Health Care for the Poor*”. Aunque sus resultados se publicarían un año después, sucesivas misiones del Banco Mundial empezaron a resaltar, con base en los hallazgos de dicho estudio, las bondades y resultados del PAC, planteando su reforzamiento y extensión. Entre los aspectos positivos que se destacaban de los CLAS se encontraban una mejor planificación de las acciones de salud; mayores y mejores incentivos a la productividad y una mayor *accountability*; la flexibilidad en la gestión de los recursos; la flexibilidad para la contratación de personal y la evidencia de mejor calidad de atención. El estudio alertaba, a la vez, que “estos buenos resultados se han logrado pese a la creciente oposición de las burocracias de los gobiernos regionales, que resienten la pérdida de control directo sobre los establecimientos del primer nivel de atención y no proporcionan a los CLAS el apoyo técnico requerido” (Banco Mundial, 1999).

En sucesivas misiones de diseño del nuevo préstamo sectorial, los funcionarios del Banco Mundial manifestaron una posición decididamente favorable a la estrategia de administración compartida de los servicios de salud. De entre todas las propuestas de modernización del sector salud planteadas por los equipos institucionales, el modelo de Administración Compartida de los Servicios de Salud era visto por los consultores internacionales del Banco Mundial como uno de los mecanismos más importantes para mejorar los servicios de salud para la población más pobre del país (Banco Mundial, 1993). Resulta un detalle significativo el que una de las principales investigadoras de la experiencia del Programa de Administración Compartida, Laura Altobelli, fuese invitada por el Banco Mundial a formar parte del equipo encargado de negociar el nuevo préstamo sectorial en salud. La doctora Altobelli había realizado diversos estudios sobre los CLAS (Altobelli, 1998a y 1998b), entre ellos un estudio comparativo entre el modelo de cogestión de servicios de salud y otras experiencias participativas de la Región, con conclusiones muy favorables al primero en el tema de participación comunitaria, y encarnaba la posición del Banco respecto al tema.

De manera adicional a las acciones de *advocacy* desarrolladas por los funcionarios del BM a favor del reinicio de la conformación de los CLAS, durante el proceso de negociación de un Préstamo de Ajuste Estructural, el BM incluyó condiciones vinculadas a los sectores sociales, las que fueron discutidas directamente con el Ministerio de Economía y Finanzas del Perú. Para el caso del sector salud, una de estas condiciones estaba vinculada al incremento de establecimientos bajo el modelo de administración compartida.

La decidida intervención del BM a favor de los CLAS coincidió con un segundo hecho: la presentación de los resultados de la Evaluación Nacional del Modelo de Cogestión de los Servicios de Salud del primer nivel de atención. El estudio corroboró las bondades de la administración compartida en términos de mejora de la gestión, de la eficiencia y de aspectos de calidad de la atención en los establecimientos con administración CLAS, expresadas en otros estudios independientes. Sin embargo, a diferencia del estudio del BM, la evaluación nacional no llegaba a ser concluyente en relación con el nivel de participación social que promovía la experiencia.

Los CLAS y la Participación Comunitaria: la Evaluación Nacional del PAC

El estudio realizado estableció, sobre la base de una encuesta dirigida a 1,047 líderes procedentes de 447 comunidades, que el tejido social en el cual se insertan los CLAS es relativamente fuerte: el 69.8% de las comunidades con CLAS tenían Programa de Vaso de Leche; el 64.8% Clubes de Madres y el 15.7% Comités de Salud; sólo el 1.8% manifestó no tener ninguna organización de base en su comunidad. Sin embargo, el nivel de información que tienen los líderes comunitarios respecto a la existencia y funcionamiento de los CLAS es bastante limitada: el 40% de líderes de comunidades con CLAS desconoce la existencia de éste, y sólo un 38.8% de líderes con CLAS declararon haber sido consultados sobre el funcionamiento del CLAS en el establecimiento de salud. Una de las conclusiones del estudio realizado fue que *“no existe relación entre el modelo de gestión del establecimiento de salud y la participación comunitaria en actividades de salud en los componentes de planificación y ejecución”*. No obstante, se observó que existe un nivel de participación comunitaria independientemente de los niveles de gestión y la población de las comunidades donde funcionaban los CLAS opinó a favor de que este modelo continuase. El 38.1% de la población opinó que la presencia de representantes de la comunidad había contribuido a asegurar la atención y las medicinas a los más pobres, el 37.2% que los CLAS habían contribuido a establecer tarifas que eran alcanzables por la mayoría de la población y el 38,6% que había mejorado el trato del personal de salud a los usuarios.

Fuente: (Vicuña; Ampuero; Murillo, 1998).

Se produjeron entonces nuevos debates al interior del ministerio respecto al enfoque de participación social en salud, el cual no era abordado a fondo por los equipos de consultores de los proyectos de cooperación internacional, impulsores de una propuesta de reforma sectorial que no había desarrollado políticas específicas de participación social.

Los anteriores acontecimientos reforzaron la visibilidad y adherencia que la estrategia de Administración Compartida había generado en el nivel local, lo cual se reflejaba en las sucesivas demandas de autoridades políticas locales, a las que se sumaban autoridades regionales de salud, para la instalación de nuevos CLAS. Hubo también un repunte de apoyo a dicha estrategia desde fuera del país, constituyéndose en motivo de visitas de observación por parte de equipos técnicos de diversas instituciones sectoriales de la Región. Adicionalmente, nuevos estudios (Taylor, 1998; Peñarrieta, 1998) contribuyeron a posicionar nuevamente a la administración compartida como un modelo que, pese a sus limitaciones, había mejorado la accesibilidad, calidad, eficiencia y participación social en los servicios de salud.

La evidencia proporcionada por un estudio de ámbito nacional que contaba con la debida rigurosidad técnica, sumada a la decidida intervención del Banco Mundial a favor del modelo, a las solicitudes de implementación de nuevos CLAS y a los informes internos de evaluación y propuestas de nuevas herramientas y esquemas de capacitación para mejorar el desempeño del Programa, fueron factores que contribuyeron, cada uno en distinto grado, a que el Ministro Costa decidiera relanzar la estrategia de Administración Compartida a escala nacional.

Como consecuencia de dicha decisión, el Ministro Costa encargó al Programa de Salud Básica Para Todos la convocatoria de una reunión con las autoridades nacionales y regionales de salud para relanzar la estrategia de Administración Compartida de los Servicios de Salud. En octubre de 1998 se realizó el Encuentro Nacional sobre el Programa de Administración Compartida, encabezado por el propio Ministro Costa Bauer, quien pronunció un discurso sumamente claro, a través del cual las Direcciones Regionales de Salud recibieron el mandato de apoyar la expansión y el fortalecimiento del Programa de Administración Compartida y de los CLAS. En esta reunión se expusieron estudios de balance de la experiencia en los cuales se ratificaba el aporte del CLAS. Así mismo, se explicaron estrategias e instrumentos que se iban a implementar en apoyo a los CLAS.

A fines de 1998 se retomó el desarrollo del PAC, duplicando en dos años el número de establecimientos bajo la administración CLAS. El nuevo impulso dado por el Ministro a la propuesta facilitó la incorporación de indicadores de gestión para éstas últimas y para los CLAS en los acuerdos de gestión que el Ministerio firmaba con todas las direcciones regionales de salud. Los indicadores comprendían no sólo la supervisión necesaria de las acciones de salud, sino también la obligación de los integrantes del CLAS de orientar el manejo de recursos, temas de adecuación legal de los CLAS, etcétera. Estos instrumentos reforzaron la asistencia técnica que había sido brindada de manera tan limitada en los primeros años de la experiencia. Asimismo, se crearon los Comités Integrados de Gestión de las Direcciones Regionales de Salud, con funciones de supervisión y monitoreo a los CLAS, para facilitar un seguimiento y apoyo más cercano al desarrollo de la experiencia. Todos estos procesos fortalecieron al PAC y a la estrategia de Administración Compartida.

En 1998, además, los responsables del PAC iniciaron el desarrollo de estrategias tales como las visitas de estudio entre los diferentes CLAS, la asesoría a los integrantes de los Comités y la promoción de espacios de encuentro macroregional, con el fin de sistematizar el aprendizaje producido por las distintas experiencias. Con recursos recolectados de distintas fuentes, desarrollaron entre fines de 1998 y 1999 tres reuniones macroregionales y quince reuniones de intercambio regional, en las que participaron los Consejos Directivos de los CLAS, quienes tuvieron incluso oportunidad de visitar los establecimientos que mejor habían desarrollado la estrategia de administración compartida. Estas estrategias de “aprendizaje entre pares” reforzaron la identificación de prácticas adecuadas de cogestión de los recursos de salud. El coordinador técnico del PAC de aquel período destaca el aporte de dichas estrategias⁴⁷:

“Aquella fue la actividad más importante para el fortalecimiento social del Programa de Administración Compartida. El objetivo era fortalecer y recoger ese movimiento espontáneo que se iba generando en las regiones, de comunicación entre los CLAS, de inquietudes que prácticamente habían rebasado la capacidad de respuesta de las

⁴⁷ Entrevista Número 4.

Direcciones de Salud. Por ejemplo, los CLAS ya firmaban acuerdos con ONG locales, con ONGs internacionales; lograban nuevos puentes de financiamiento con ciertas municipalidades como el caso del CLAS Sama Las Yaras (Tacna); sembraban en sus terrenos aledaños plantas medicinales y combinaban eso como en el CLAS Wanchaq en Cusco. En lo que respecta a salud, en algunos CLAS como Sama Las Yaras se había empezado a implementar mecanismos de aseguramiento de la población desprotegida, semejantes a los futuros “seguros públicos” que instalaría el Gobierno; el CLAS Piura había organizado una red horizontal especializada en servicios de salud, etcétera. También construían canchas de fútbol y hacían ligas juveniles, como el CLAS Laura Caller de Lima Norte, aparte de otras cosas más, todo lo cual expresaba que ya el sector, la visión sectorial y el referente orgánico regional, como la Dirección de Salud, no ofrecían el espacio para el desarrollo de una concepción de salud que recogía la experiencia comunitaria de cuidar la salud y una concepción de salud mucho más allá de la atención a la enfermedad, del énfasis en la recuperación para entrar a los temas de la prevención, y en la promoción de la salud a través del deporte y la prevención de la violencia. Dichos encuentros fueron espacios donde se expresaron todas esas experiencias. En el terreno social, contribuyeron a que los miembros que asistieron a esos encuentros se sintieran parte de una colectividad. Ellos fundaron una comunidad de CLAS como tal, de modo tácito, no formal ni legal, pero sí de modo tácito. A estos encuentros interregionales iban dos CLAS de cada región. Luego éstos regresaban y al año siguiente propiciaban el encuentro entre todos los CLAS de esa región, a modo de cascada, sobre la base de esta experiencia de encuentro con otras regiones”.

A partir siguiente año, integrantes de los CLAS empezaron a participar en espacios locales de diálogo sobre políticas públicas, auspiciados por redes de la sociedad civil. Más aún, en diversas áreas del país se reportaba que ex-integrantes de los CLAS se habían incorporado a funciones públicas, como flamantes autoridades locales, ganando alcaldías, regidurías o lugares expectantes de dirigencia de nivel comunitario.

En 1999, a seis años de su inicio, y a pesar de los obstáculos que le tocó enfrentar, la estrategia de Administración Compartida de los Servicios de Salud mantenía vigencia en la agenda sectorial; aún más, en diversas zonas del país los integrantes de los CLAS parecían proyectarse como líderes de un nuevo quehacer social por la salud y el desarrollo comunitario.

V. Análisis de la experiencia

El proceso narrado en las cuatro secciones previas describe cómo es que una propuesta de participación ciudadana se incorpora en la agenda de política sectorial, plasmada en un programa de cogestión de recursos públicos de salud de alcance nacional; y cómo éste enfrenta y supera diversos obstáculos, manteniendo su vigencia.

El proceso de diseño de un programa nacional que adoptara los modelos de cogestión de los servicios públicos de salud del primer nivel de atención tuvo un inicio auspicioso: el equipo encargado contó con apoyo político al más alto nivel de decisión, alta discrecionalidad para la formulación e implementación de su propuesta, recursos

suficientes y aceptación social al inicio de la implementación. Tanto el impacto de la propuesta en lo que se refiere a intereses de grupo y espacios de poder, como el conjunto de factores ligados a las prioridades cambiantes de la política sectorial y las visiones distintas respecto al papel de la participación social como eje dinamizador de cambio en el desempeño de los servicios de salud, afectarían el posicionamiento del programa como curso prioritario de la acción pública en salud. Los papeles desempeñados por el equipo responsable del Programa y por otros actores estratégicos, entre los que destacan la población y las agencias de cooperación internacional, motivarían el posterior “re-enganche” de la estrategia en la agenda sectorial de salud.

¿Cuáles fueron las prácticas y procesos que, en su momento, favorecieron o limitaron su vigencia en la agenda sectorial? Para responder a esta pregunta revisaremos los procesos de análisis y de toma de decisiones que tuvieron lugar en el nivel de la autoridad central de salud en relación con la agendación, la formalización y la implementación de la propuesta, así como también el papel que desempeñaron los encargados del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud y otros actores en relación con su mantenimiento en la agenda sectorial de salud a pesar de los cuestionamientos y oposición surgidos desde distintos niveles de la institución. En segundo término, analizaremos las funciones gerenciales desarrolladas a este respecto.

La incorporación de la cogestión de servicios públicos de salud a la agenda sectorial

En relación con los procesos que determinan las políticas públicas, Kingdon (Kingdon, 1995) distingue dos procesos principales previos a la toma de decisiones: el que conduce al establecimiento de la agenda gubernamental y el proceso de especificación de alternativas. En relación con la agenda gubernamental, comprende los temas a los que los funcionarios de gobierno están prestando atención en un momento dado, y su alcance va desde las prioridades generales del gobierno nacional hasta sub agendas específicas (“especializadas”) que se albergan bajo las primeras. A su vez, el proceso de especificación de alternativas reduce el conjunto de todas las alternativas posibles al conjunto de opciones efectivamente elegibles.

Ambos procesos son influenciados por actores diversos (también denominados “participantes”) y por los procesos que éstos despliegan para afectar las agendas y la selección de alternativas. Los actores pueden ser “visibles” (funcionarios públicos con capacidad de decisión) u “ocultos” (académicos, consultores, burócratas de niveles intermedios, representantes de grupos de interés), e intervienen en las agendas y en la especificación de alternativas desde tres corrientes de procesos: la corriente de los problemas, la corriente de las soluciones o propuestas⁴⁸ y el flujo de la “política” o los fenómenos y eventos políticos conducidos por los “actores visibles”.

Según Kingdon, cada flujo tiene “vida y dinámica propias”. *¿Por qué se aprueba una propuesta en desmedro de otras alternativas?* Las propuestas se volverán políticas públicas sólo cuando estos tres flujos coincidan; esto es, cuando se abran “ventanas de oportunidad” simultáneas que los hagan coincidir.

El **flujo (la corriente) de los problemas** se vincula a los problemas sociales existentes que pueden adquirir mayor o menor visibilidad en un contexto determinado. Kingdon vincula

⁴⁸ Kingdon denomina esta segunda corriente “de políticas”, pero se le ha denominado de esta manera para una mejor diferenciación.

esta corriente de problemas sociales con el desarrollo de propuestas referidas a ellos y afirma que las oportunidades que tiene un tema o propuesta (solución) para elevarse (posicionarse) en la agenda de políticas “se verán notablemente fortalecidas si dichas propuestas o soluciones están conectadas a un problema importante” (Kingdon, 1995).

¿Qué elementos contribuyen a la visibilidad de los problemas? La existencia de criterios o indicadores de magnitud y cambio que capturen la atención de los funcionarios; la presencia de un “evento focalizador” (crisis, desastre, experiencia personal) conectado directamente a la situación o problema, que le dará visibilidad; y la retroalimentación que reciben los funcionarios sobre el funcionamiento de los programas existentes.

En el caso que estamos estudiando, la situación que demandó la atención del Ministro Freundt a inicios de 1994 era la necesidad de consolidar y potenciar la reconstrucción del primer nivel de atención de salud, el mismo que había, prácticamente, “colapsado funcionalmente”, especialmente en las zonas rurales y de mayor pobreza del país, luego de una década de terrorismo y crisis económica. El problema que planteó el Ministro Freundt era *¿cómo mejorar la gestión de dichos establecimientos de salud, incrementando el acceso y la calidad de los servicios?* Esta era una necesidad impostergable, evidenciada de manera dramática por los indicadores de salud, de producción de servicios, de cobertura de atención y de demanda insatisfecha. Adicionalmente, las marcadas deficiencias de los establecimientos de salud se habían visto acentuadas por una crisis de alcance nacional, de la que recién se estaba saliendo y en la que los sistemas tradicionales de organización de los servicios de salud no garantizaban la mejora esperada en su capacidad de respuesta. A nivel gubernamental, se había iniciado un año atrás un importante esfuerzo por recuperar los servicios periféricos (primer nivel) mediante programas orientados al gasto social: se había dado prioridad a las poblaciones rurales y excluidas del país. Por último, el tema no era ajeno a una experiencia personal fallida: el Ministro Freundt, en su anterior función como Congresista de la República, había visto cómo su propuesta de creación de los Organismos de Servicios de Salud (OSS), organizaciones privadas que competían por el financiamiento público para el desarrollo de planes de atención de salud en el primer nivel de atención, había generado un rechazo mayoritario y su descarte por el Presidente de la República.

Por su parte, la **corriente de propuestas o soluciones** se expresa en la generación de alternativas y su selección. Walt (Walt, 1994) afirma que el proceso de selección de alternativas de entre las potenciales soluciones planteadas ante determinado problema debe fundamentarse en un conjunto de criterios como factibilidad técnica, correlato con valores sociales, sostenibilidad financiera, eficacia y eficiencia previstas, aceptabilidad pública y aceptabilidad “política”.

¿Cuáles fueron las alternativas que analizó el equipo encargado de diseñar una propuesta que “mejorase la gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, incrementando el acceso y la calidad de los servicios”? Como se menciona en sección previa, existían tres referentes: la gestión privada a través de ONGs y otros (el modelo OSS propugnado por Freundt antes de ser ministro), la municipalización de la salud (a propósito de las experiencias de municipalización de los servicios de salud en Chile, Colombia y Bolivia) y la propuesta de *Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS)* (Ministerio de Salud / OPS, 1993). En este último caso, si bien se planteaba una coordinación entre las oficinas sectoriales de la salud, todo giraba alrededor del sector público en el nivel local, quedando la participación de la población restringida a una

formalidad, sin intervención decisoria sobre el uso de los recursos existentes⁴⁹. De otro lado, la cercanía del proceso electoral nacional (1995) y el riesgo de pérdida del enfoque sanitario ante intereses partidarios o electorales motivaron el descarte de la opción de municipalización (Sobrevilla, 1998).

Es así como, con base en su experiencia personal, en la tradicional experiencia peruana en participación social en salud y en recientes experiencias de control social y cogestión de recursos públicos, los responsables del diseño de la propuesta decidieron que la participación comunitaria se volviese uno de los ejes de la propuesta. El otro eje sería la incorporación de herramientas propias de la administración privada para un mejor funcionamiento de los servicios públicos de salud. Ante el grado de autonomía y discrecionalidad con la que contaba el equipo responsable del diseño de la propuesta, cobra relieve el protagonismo que pueden adquirir las llamadas “soluciones preferidas” (pet solutions) (Kingdon, 1995, p. 8), muchas de ellas generadas sobre la base de la experiencia personal y profesional. A este respecto, la experiencia previa de parte del equipo con las potencialidades de la participación social y esquemas de administración de personal de régimen privado podrían haber contribuido al diseño final de la propuesta presentada al Ministro.

En la tercera corriente, denominada “**de política**”, los “eventos políticos fluyen según su propio tiempo y de acuerdo a sus propias reglas, estén o no relacionados con los problemas y propuestas” (Kingdon, 1995, p. 6). Ejemplos de esta tercera corriente son cambios en el clima político nacional, la proximidad de elecciones o el inicio de nuevos mandatos. Esta corriente y su desarrollo están marcadamente determinados por el papel de los actores o protagonistas, visibles u ocultos: éstos construyen consensos no tanto por la persuasión, sino por “la negociación, intercambiando recursos por apoyos, añadiendo funcionarios electos a las coaliciones, otorgándoles las concesiones que demandan, o comprometiéndose con posiciones ideales que ganarán mayor aceptación” (Kingdon, 1995, p. 4).

Dos protagonistas principales visibles de este proceso fueron el propio ministro Freundt, cuyo mayor desarrollo y experiencia profesional se habían dado en la esfera privada de salud, y el equipo responsable de la elaboración y posterior implementación de la propuesta. Pero también debe destacarse aquí el contexto general de propuestas de reforma estatal imperante en América Latina y la promoción de esquemas de incorporación de instrumentos de gestión privada a las instituciones públicas, cuando no de decidida privatización de empresas y servicios públicos.

Un tercer protagonista de la decisión de incorporar esta propuesta a la agenda sectorial fue el Presidente Fujimori. No se ha podido determinar con exactitud las razones que motivaron su decidido apoyo al modelo de cogestión de los servicios de salud, pero pareciera ser que también se interesó por la posibilidad de mejorar el funcionamiento de los establecimientos de salud incorporando esquemas de gestión privada de recursos y personal. Como se había comentado, aunque no guardó relación directa con el diseño, la propuesta llevada por el Ministro Freundt encajaba en el espíritu de lo previsto por la recientemente promulgada Ley de Participación Ciudadana (en la administración de los servicios públicos), la misma que, sin embargo, no contaba con reglamentos ni mecanismos explícitos para su operacionalización.

⁴⁹ Entrevista Número 1.

En conclusión, aunque la propuesta del modelo de cogestión de servicios de salud encontró temprana oposición, salió adelante porque estaba claramente orientada a problemas urgentes y concretos que había que enfrentar (crisis en los servicios, falta de personal e incumplimiento de estándares). Además, las limitaciones del modelo tradicional de gestión pública de los servicios del primer nivel encontraban dos aportes innovadores: el control social e intervención directa de los ciudadanos y la incorporación de normas del régimen laboral privado para superar los problemas de contratación y desempeño). Finalmente, la propuesta logró articularse de manera sólida con las orientaciones políticas generales de sus principales decisores (tomadores de decisión), Freundt y Fujimori, quienes habían visto con buenos ojos la innovación en la gestión pública que representaba la introducción de elementos relativos a la gestión privada y, posiblemente en menor medida, la incorporación de la ciudadanía en la gestión.

Siendo esto así, *¿A qué factores o condiciones se puede atribuir la pérdida de prioridad del PAC?*

Kingdon afirma que las situaciones que destacan un problema pueden cambiar. Luego de una impresionante dinámica inicial de implementación, cabría preguntarse si es que las progresivas pero evidentes mejoras que se fueron sucediendo en el primer nivel de atención influyeron para que la sensación de “urgencia” respecto a la necesidad de mejorar la calidad y el acceso a servicios de salud fuera atenuándose.

Debe también destacarse el papel desempeñado por los actores (protagonistas). Se puede diferenciar entre aquellos actores que se oponían decididamente a los contenidos de las propuestas del PAC y a su continuidad en el Ministerio, de aquellos que veían con comprensible incertidumbre la implementación de una propuesta trabajada por un grupo de técnicos ajenos a la estructura formal de la institución, los mismos que negociaban la creación de los CLAS directamente con la población.

Consultados varios entrevistados^{50, 51, 52}, y sobre la base de la revisión de los estudios sobre la experiencia de la administración compartida de los servicios de salud, se hace alusión a tres razones que podrían explicar la actitud de las burocracias regionales hacia los CLAS: En primer lugar, se encuentra el temor de los funcionarios regionales hacia la pérdida de poder y control sobre los establecimientos de su ámbito: los recursos ya no eran manejados por ellos mismos, las decisiones no eran tomadas por los aparatos de burocracia intermedia de las Direcciones Regionales de Salud - las direcciones de Economía, de Programas, la Dirección de Atención a las Personas habían sido transferidas a los CLAS. También veían perdido el manejo de los concursos de personal: los CLAS tenían la atribución de hacer los concursos a nivel sumamente local. Las asignaciones financieras tampoco pasaban por la Dirección de Salud, sino que iban directamente a la cuenta corriente de cada CLAS. Aunque la propuesta implicaba una reorientación del papel de las Direcciones de Salud, orientándolo a la asesoría técnica, a la supervisión del desarrollo de los Planes Locales de Salud y a un papel normativo y regulador, éste parecía no ser el papel que deseaban desempeñar los funcionarios intermedios en las Direcciones Regionales de Salud, acostumbrados a manejar directamente los recursos.

⁵⁰ Entrevista Número 3.

⁵¹ Entrevista Número 4.

⁵² Entrevista Número 5.

En segundo término, se encontraría el *empoderamiento* de las personas de la comunidad y la capacidad de negociación que empezaban a adquirir ante las Direcciones Regionales de Salud: Los funcionarios de los niveles regionales no estaban acostumbrados a negociar decisiones sobre los recursos de los puestos y centros de salud con las personas de la comunidad.

Pero las actitudes previas podían verse agravadas por la falta de información adecuada de algunas autoridades de salud respecto al modelo: esta era una propuesta dirigida esencialmente desde el nivel central, con un equipo impulsor insuficiente para el nivel de demanda que estaba soportando. La información no era completa. Siendo esto así, la falta de un mandato político claro sobre el apoyo del Estado a la administración compartida de los servicios de salud despertaba inseguridad respecto al futuro de la iniciativa: ¿era o no el eje de la denominada “reforma del sector salud”, de la que tanto se había empezado a hablar al interior de la institución? ¿o era una de tantas “modas” que se perderían con el tiempo?

Un factor que condiciona en gran medida la pérdida progresiva de prioridad del tema de la cogestión de servicios de salud es el surgimiento de distintas propuestas de reforma al interior del Ministerio (reforma de la seguridad social en salud, propuesta “oficial” de reforma sistémica, etcétera). Esta suerte del enfrentamiento, silencioso y nunca explícito, por ganar protagonismo para las propuestas impulsadas desde distintos equipos institucionales se refleja en la sucesiva aparición de “prioridades institucionales” que, enmarcadas aparentemente bajo un discurso común, no hacían sino confundir aún más a los funcionarios intermedios y a las autoridades regionales de salud. Las autoridades responsables de la conducción de la institución, por su parte, no lograban articular una visión integral, coherente.

En el caso del PAC, su propuesta de “reforma desde la base”, con componentes de cogestión local, parecía diluirse frente al avance de propuestas de modelos e instrumentos gerenciales que buscaban promover eficiencia en sus entes ejecutores. Para las regiones de salud, era evidente la existencia de “distintos Ministerios, distintos discursos” al interior de una sola institución.

Entra entonces en escena un nuevo “protagonista”, que resulta sumamente influyente: el Banco Mundial. La decidida apuesta del BM por la estrategia de Administración Compartida de los Servicios de Salud, estando el Ministerio ad- portas de negociar un nuevo préstamo para el sector, constituyó un factor externo insoslayable para la revitalización de la propuesta. Los resultados de la evaluación nacional de los CLAS serían la opción técnica que, desde el “flujo de soluciones” vendría a consolidar la ventana de oportunidad que el Banco Mundial, las poblaciones del interior y particularmente el equipo PAC intentaban mantener abierta. Es la conjunción de estas dinámicas institucionales las que terminan imponiéndose a las fuerzas opositoras a la propuesta, impulsando el regreso de la estrategia de Administración Compartida a la agenda prioritaria de salud.

Es también destacable la estrategia desarrollada por el equipo PAC durante los meses previos, en el sentido de aprovechar la pérdida de dinámica del Programa para “ordenar la casa”, generando instrumentos más adecuados para un mejor desarrollo de sus actividades. También fue evidente el surgimiento, no sólo de mejoras en la gestión y calidad de atención de los establecimientos de salud, sino de opciones innovadoras de mejora de la

atención de salud nacidas de la creatividad de los integrantes de los CLAS. Todas ellas reforzaban la legitimidad social de algunos CLAS de cara a su población.

El final del relato ofrece la visión de un interesantísimo proceso de *empoderamiento* sobre la base del intercambio y la toma de contacto entre pares. Las redes informales de CLAS que parecieran haberse generado desde la realización de los encuentros regionales podrían constituirse en el germen de un movimiento social de bases que apuntalaría aún más la sostenibilidad de la propuesta.

Análisis Funcional del Caso

Bardach (2000), al analizar prácticas gerenciales, centra su atención en las *funciones* que desempeñan sus distintos elementos⁵³. Una función es una categoría de análisis que indica de manera abstracta “*el fin o resultado que ha de lograr un componente en un sistema en funcionamiento*”.

La caracterización funcional de las prácticas gerenciales hará posible entonces fijar un punto de referencia (abstracto) para el análisis del desempeño efectivo que tuvieron los componentes de una práctica (el diseño y puesta en agenda de un modelo de cogestión de servicios públicos) en un momento y contexto específico (Perú, 1994 – 1999).

En el caso del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud, se proponen cinco funciones específicas que es necesario desempeñar para lograr un adecuado diseño, puesta en agenda e implementación de un modelo de cogestión de servicios de salud:

1. *Definiendo la visión*, que en este caso buscaba instalar un modelo de gestión en los establecimientos de salud del primer nivel de atención que mejorara su acceso y calidad de atención y diera lugar a la propuesta de un modelo de gestión que formalizara la cogestión con la comunidad; esto, estableciendo una relación con el Estado a través de contratos basados en un Programa de Salud local y tomando sustento en las normas del sector privado para la contratación de personal y manejo de recursos y adquisiciones.
2. *Planificando el desarrollo del Modelo de Cogestión de los Servicios de Salud para el Nivel Nacional (planificando la propuesta de política y las condiciones básicas para su adecuada realización)*
3. *Planificando la organización / Implementación del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud (organizando la disponibilidad de instrumentos técnicos y procesos gerenciales).*
4. *Generando capacidades (organizacionales y en la población para mejorar el desempeño del PAC y para mejorar el manejo de sus instrumentos)*
5. *Evaluando el Modelo de Administración Compartida de los Servicios de Salud, para retroalimentar la toma de decisiones*

⁵³ Los elementos de una práctica gerencial serán “las actividades y procesos que hacen posible la generación de valor”.

¿El equipo responsable del diseño y puesta en agenda del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud desarrolló adecuadamente dichas funciones? Para absolver dicha pregunta es importante recordar la metodología de análisis funcional desarrollado recientemente por Barzelay y Thompson (Barzelay y Thompson 2003), el cual se concentra en estudiar la interacción entre el diseño de una práctica (entendiéndola como un proceso) y el contexto en el cual ella debe operar.

Planteados así, los estudios de caso de tipo instrumental permiten generar conocimientos acerca de cómo mejorar el desempeño de las funciones que, en conjunto, corresponden a la gestión social concebida funcionalmente. Las lecciones acerca del desempeño de funciones surgen a partir de identificar a) el desarrollo de nuevas prácticas; b) la introducción de cambios en determinados elementos de una práctica; y c) de comprender los procesos que contribuyen a la aparición o aplicación de dichas prácticas.

Asimismo, a través del desarrollo de un enfoque científico adecuado, las lecciones contribuyen: (a) al análisis de argumentación sobre administración y políticas públicas y (b) a la explicación causal de fenómenos organizativos y sociales -- incluyendo el análisis funcional de prácticas.

Si bien, los problemas/ las prácticas en sus detalles son diferentes, existen puntos en común que se refieren fundamentalmente al desempeño de las funciones que es necesario implementar para el desarrollo *inteligente* de una práctica. Una práctica interesa precisamente porque su desarrollo implica el desempeño de funciones según estándares que son considerados relevantes (Barzelay, 2002).

En este sentido, cabe preguntarse *¿cuáles son las funciones que deberían ser desempeñadas, de una u otra manera, para conseguir los efectos deseados?* Las funciones que habitualmente es necesario desempeñar en los procesos de gerencia social son el desarrollo de estrategias; la innovación de procesos y el suministro o provisión. Toda organización desarrolla al menos dos funciones, *el diseño y desarrollo de estrategias y la implementación de dichas estrategias* (Barzelay, 2002).

Barzelay considera que el *diseño del proceso* incluye tres grupos de elementos: a) los dispositivos organizativos establecidos para el desempeño de una función, b) las ideas orientadoras que guían su ejecución y c) los eventos estructurados previstos (interacciones pautadas entre los actores y por lo tanto planificadas antes de su ejecución). A su vez, los *factores contextuales* pueden estar referidos a: a) las organizaciones participantes o b) los sistemas institucionales que regulan la acción de dichas organizaciones. Dado que la interacción del diseño con el contexto genera situaciones nuevas e imprevistas, los participantes se ven obligados a realizar *interacciones no estructuradas* (no previstas en el diseño como eventos estructurados). La tabla 1 considera estos elementos para el caso de cada una de las cinco funciones propuestas para nuestro caso.

En lo que se refiere al *diseño del proceso* en el caso narrado, se desprende que las funciones (1), (2) y (3) recibieron mayor atención por parte de los responsables de la propuesta de Administración Compartida de los Servicios de Salud. Prácticamente desde su inicio, y a pesar de los reparos presentados por grupos de poder al interior de la institución, fueron desarrollados los dispositivos organizacionales vinculados a las referidas funciones. Dicha normatividad guardaba relación con las ideas orientadoras

(vinculadas, a la vez, a la visión formulada por el equipo) y los eventos estructurados. Entre éstos últimos, resaltan las múltiples coordinaciones que el equipo PAC realizó, particularmente las coordinaciones directas con las comunidades y autoridades locales, así como la forma en la que se implementó un esquema de “rápida extensión” en la constitución de los CLAS.

La búsqueda de un rápido incremento en el número de CLAS, explicada durante la narración, es considerada por los impulsores del PAC como acertada, dada la históricamente breve permanencia de las autoridades y funcionarios del nivel central del Ministerio. En el Perú el tiempo promedio de permanencia de un Ministro de Salud es de aproximadamente diez meses (Arroyo, 2001), lo que atenta contra una visión de continuidad de propuestas de cambio. Durante el quinquenio 1995-2000 se daría en el sector salud un fenómeno extraño en la historia sectorial: la estabilidad de los principales cargos de confianza del nivel central del Ministerio, lo que habría contribuido a la permanencia de iniciativas de cambio impulsadas durante ese período, entre las que se cuenta el PAC.

No se puede afirmar lo mismo en lo que refiere a las funciones (4) y (5). Aun cuando durante los primeros años de la experiencia se promovieron acciones de capacitación dirigidas a los funcionarios del Ministerio y a los representantes de las comunidades en los CLAS, éstas habían estado centradas en los requisitos administrativos para crear los CLAS y formalizarlos legalmente, más que en constituirse en esquemas sistemáticos de desarrollo de capacidades. La conformación de los EPAC (Equipos Permanentes de Apoyo al Programa de Administración Compartida) regionales no tuvo mayor importancia para el desarrollo de esta función (4), pues no solamente contaban con limitados recursos para su labor, sino que enfrentaban, en lo que se refiere al contexto organizacional, las distintas posiciones de los Directores Regionales de Salud frente a la propuesta. Algo similar ocurre con el diseño de mecanismos apropiados para la evaluación de la experiencia. Ante la ausencia de un modelo debidamente trabajado por el equipo responsable, las acciones de supervisión por parte de los funcionarios regionales de salud habrían estado, en la mayoría de los casos, concentradas en el cumplimiento de las normas administrativas de la gestión de los establecimientos, descuidando el impulso de una “apropiación” progresiva de la experiencia por parte de los representantes de la comunidad. La debilidad de desarrollo de estas funciones habría limitado, en un cierto número de CLAS, un mayor *empoderamiento* de la población respecto a la propuesta. Es importante reparar que la limitación en la implementación de nuevas herramientas de gestión y evaluación del PAC y de acciones más sistemáticas de capacitación se vería afectada de manera adicional por el período en el cual el PAC perdió preeminencia (prioridad) al interior de la institución y de la agenda sectorial de salud. En la práctica, estas últimas funciones recién serían impulsadas a partir de 1998, cuatro años después de iniciado el Programa.

¿Qué papel desempeñaron los *factores contextuales* en el cumplimiento de las funciones bajo análisis? Las funciones (1), (2) y (3) se vieron favorecidas, en un inicio, por el contexto, que promovió la visibilidad del problema y la importancia de elaborar una propuesta que mejorase la capacidad de respuesta de los establecimientos del primer nivel de atención. A esto contribuyó la atención que concitaban las precarias condiciones de funcionamiento de dichos establecimientos, tras una década de terrorismo y crisis económica. La existencia de experiencias previas de control social de los recursos públicos pudo haber contribuido con la decisión gubernamental de promover un esquema semejante para el sector salud; de manera semejante, la ola de reformas del Estado presentes en la

Región hacía atractiva una propuesta que combinaba participación ciudadana con introducción de mecanismos de gestión privada en los establecimientos públicos. En este caso, se puede afirmar que la función (1) fue exitosa al generar una visión de modelo que convocó la adherencia de quienes tomaban las decisiones de política, logrando superar los reparos y oposición que surgían al interior de la propia institución. En el caso de las funciones (4) y (5), factores vinculados a la organización (demanda de evaluación nacional como requisito para continuar con la extensión del PAC), relativos a los sistemas institucionales (adherencia y apoyo de algunas agencias de cooperación internacional e instituciones académicas) o interacciones no estructuradas (demanda de las autoridades locales por la creación de CLAS), impactaron de manera positiva para que fuesen asumidas con mayor decisión a partir de 1997. Mención especial merece la generación de instrumentos técnicos de gestión para mejorar el desarrollo del PAC, iniciativa que toma el equipo PAC en asociación con Salud Básica Para Todos durante la transición que representó el período 1997 -1998, año en el que se renueva el apoyo institucional explícito al PAC. El relanzamiento del PAC se encontró con un equipo técnico que había desarrollado un importante paquete instrumental para una mejor implementación de la propuesta.

En cuanto a los factores contextuales se destacan, en lo que se refiere a los relativos a la organización, las relaciones que se van generando entre el equipo PAC y la estructura formal del Ministerio; el Programa Salud Básica Para Todos y otros equipos de proyectos de cooperación internacional que no necesariamente compartían la visión impulsada por la estrategia de administración compartida. Cabe la pregunta si la mejor manera de formular propuestas de cambio al interior de instituciones públicas de alta complejidad es convocando equipos externos que se hagan cargo del diseño y de la implementación misma de las propuestas, frente al riesgo que conlleva que dichas propuestas sean percibidas como “ajenas” a la propia institución. Del mismo modo, ante la ausencia de una agenda sectorial integral que articule los principales procesos de cambio a desarrollar, las distintas visiones y alternativas de cambio promovidas por los equipos de proyectos pueden derivar en una competencia por ocupar un lugar en la agenda sectorial de salud, desvirtuando una estrategia integral de cambio y fraccionando el accionar sectorial. Un ejemplo de ello es la tensión que se generó entre equipos ministeriales que impulsaban concepciones distintas de lo que debía ser el eje de la reforma sectorial. El no establecer prioridades y la tendencia a generar discursos excluyentes conllevan una falta de consistencia en las intervenciones.

Finalmente, el caso estudiado resalta cómo intervenciones no estructuradas inicialmente pueden tener un gran peso al momento de tomar decisiones vinculadas al establecimiento de la agenda sectorial. La adherencia del Banco Mundial a la estrategia de administración compartida de los servicios de salud no solamente devolvió visibilidad a esta última, sino que, sumada a los resultados de la evaluación nacional del modelo de cogestión y al desarrollo de redes sociales sobre la base de la experiencia de la Administración Compartida, se habría constituido en uno de los principales factores impulsores de su revitalización institucional y reinserción en la agenda sectorial de trabajo.

Tabla 1

FUNCIONES	DISEÑO DEL PROCESO			FACTORES CONTEXTUALES		
	DISPOSITIVOS ORGANIZATIVOS	IDEAS ORIENTADORAS	EVENTOS ESTRUCTURADORES	RELATIVOS A LA ORGANIZACION	RELATIVOS A LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES	INTERACCIONES NO ESTRUCTURADAS
<p>1. Definiendo la visión: modelo de gestión que mejore el acceso y calidad a/ de los establecimientos de salud del primer nivel de atención da lugar a la propuesta de un modelo de gestión que formaliza la cogestión con la comunidad; esto, estableciendo una relación con el Estado a través de contratos basados en un Programa de Salud local y tomando sustento en las normas del sector privado para la contratación de personal y manejo de recursos y adquisiciones.</p>	<p>“Grupo de Tarea” encargado de la elaboración de la propuesta, en coordinación directa con el Despacho Ministerial</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Propuesta de modelo de co-gestión de los establecimientos de salud que mejorase el modelo de gestión existente e incrementase el acceso y la calidad - Experiencias exitosas previas de los integrantes del “Grupo de Tarea” respecto a las ventajas de la participación y control social - Intención de obviar la ineficiencia generada por la ausencia de evaluaciones de desempeño y eficacia en las normas de administración pública 	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinaciones directas con el Despacho Ministerial de Salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecimiento del Programa del Gasto Social Básico - Financiamiento de equipos técnicos por proyectos de cooperación internacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Recuperación funcional y estructural de los establecimientos del primer nivel de atención - Ley de Participación Ciudadana - Otros Programas de cogestión de recursos públicos por la comunidad evidenciando mejoras en el manejo de recursos 	<ul style="list-style-type: none"> - Otras experiencias exitosas de participación de la comunidad realizando un adecuado control social de la gestión pública

FUNCIONES	DISEÑO DEL PROCESO			FACTORES CONTEXTUALES		
	DISPOSITIVOS ORGANIZATIVOS	IDEAS ORIENTADORAS	EVENTOS ESTRUCTURADORES	RELATIVOS A LA ORGANIZACION	RELATIVOS A LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES	INTERACCIONES NO ESTRUCTURADAS
2. Planificando el desarrollo del Modelo de Cogestión de los Servicios de Salud para el Nivel Nacional (política)	<ul style="list-style-type: none"> - Marco Legal del Programa (definición de los CLAS, modelos de contrato de administración compartida, atribuciones de los CLAS, régimen laboral/ adquisiciones) - Equipo Nacional Responsable del PAC / Decreto Supremo Nro. 01-94-SA – Programa de Administración Compartida de los Establecimientos de Salud del Nivel Básico de Atención 	<ul style="list-style-type: none"> - Modelo de gestión para el primer nivel de atención que formalizase la cogestión con la comunidad; estableciendo relación con el Estado a través de contratos basados en un Programa de Salud local; tomando sustento en las normas del sector privado para la contratación de personal y manejo de recursos y adquisiciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones de análisis de propuestas con Alta Dirección Ministerio (Ministro / Vice Ministro / Asesores) - Coordinaciones con la Presidencia de la República y la Presidencia del Consejo de Ministros para aprobación y oficialización del modelo 	<ul style="list-style-type: none"> - Reparos y oposición a la propuesta, originarios en grupos de poder (sindicatos y gremio médico institucional) - Procesos establecidos para la rápida generación y aprobación de expedientes de creación de CLAS 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas de la administración pública, relacionadas con procedimientos de gestión de personal y de adquisiciones son complementadas por normas del régimen privado de contratación de personal, de gasto y de tributación para la gestión descentralizada de los servicios públicos. - Orientación política del gobierno favorece el uso de instrumentos de administración privada en la gestión pública - Academia y agencias de cooperación se interesan en la experiencia 	

FUNCIONES	DISEÑO DEL PROCESO			FACTORES CONTEXTUALES		
	DISPOSITIVOS ORGANIZATIVOS	IDEAS ORIENTADORAS	EVENTOS ESTRUCTURADORES	RELATIVOS A LA ORGANIZACION	RELATIVOS A LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES	INTERACCIONES NO ESTRUCTURADAS
3. Planificando la organización / Implementación del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumentos Técnicos Básicos para el funcionamiento del -- - Programa / Definición de los mecanismos de financiamiento - (Establecimiento de) primeras zonas de aplicación 	<ul style="list-style-type: none"> - Estrategia de rápida y “silenciosa” expansión del PAC a escala nacional - Agencias Multilaterales (BM) apoyan de manera explícita y decidida la extensión y consolidación de la estrategia de administración compartida de los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación oficial del Programa de Administración Compartida ante funcionarios y Directores Regionales de Salud - Reuniones de coordinación para la constitución de CLAS en las regiones, que privilegiaba la coordinación directa con comunidades y autoridades locales 	<ul style="list-style-type: none"> - Nuevas propuestas de reforma compiten por ubicación en la agenda sectorial - Se suspende la creación de CLAS 	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios independientes sobre la administración compartida de servicios - Banco Mundial y otras agencias de cooperación internacional intervienen decididamente a favor del PAC 	<ul style="list-style-type: none"> - Funcionarios intermedios regionales limitan apoyo a establecimientos con CLAS - Autoridades locales interesadas en la propuesta demandan la creación de CLAS en sus ámbitos de jurisdicción
4. Generando Capacidades a) organizacionales b) en la población para mejorar el desempeño del PAC y para mejorar el manejo de sus normas, instrumentos y estrategias	<ul style="list-style-type: none"> - (Constitución de) Equipos Permanentes de Apoyo al Programa de Administración Compartida (EPAC) - Nuevos instrumentos técnicos y normativos para la gestión de los CLAS (1997 – 1998) - Plan de Capacitación (incluye la realización de visitas interregionales y 	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de las capacidades regionales y locales en el plano organizacional (funcionarios y autoridades regionales) y de los representantes ciudadanos integrantes de los CLAS, para el desarrollo de la estrategia de 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones macro regionales para orientar a los funcionarios del Ministerio sobre las nuevas directivas (1995, cuatro) y 1996 (una, nacional) - Articulación PAC con Salud Básica Para Todos y el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de información sobre el PAC y sus objetivos de desarrollo a nivel de las autoridades regionales - Limitaciones financieras para el funcionamiento de los EPAC (equipos de soporte al Programa de Administración Compartida de los 	<ul style="list-style-type: none"> - (Difusión de los resultados de) Estudios que analizan el desarrollo del modelo de cogestión de los servicios de salud del primer nivel 	<ul style="list-style-type: none"> - Creatividad de algunos CLAS se expresa en la implementación de propuestas locales para la mejora de la atención de salud - Ex – miembros de los Comités Locales de Administración Compartida son reconocidos como líderes en sus

FUNCIONES	DISEÑO DEL PROCESO			FACTORES CONTEXTUALES		
	DISPOSITIVOS ORGANIZATIVOS	IDEAS ORIENTADORAS	EVENTOS ESTRUCTURADORES	RELATIVOS A LA ORGANIZACION	RELATIVOS A LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES	INTERACCIONES NO ESTRUCTURADAS
	capacitación “en servicio”)	Administración Compartida	<ul style="list-style-type: none"> - Seminario Taller Nacional de relanzamiento del PAC (1998) - Reuniones interregionales y visitas de intercambio de experiencias (para gerentes e integrantes de los CLAS) (1998, 1999). 	<p>Servicios de Salud (PAC) en la estructura regional de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - “Competencia” y desarticulación entre los equipos regionales del PAC y los del Programa Salud Básica Para Todos - Distinta respuesta de las Direcciones de Salud ante la importancia de dar seguimiento y orientación técnica al funcionamiento de los CLAS 		comunidades, e incluso elegidos para cargos políticos
5. Evaluando el Modelo de Administración Compartida de los Servicios de Salud, para retroalimentar la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluaciones internas (de alcance regional) - Evaluación interna del PAC - Evaluación externa del modelo de cogestión 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la eficacia y la eficiencia del PAC - Tomar decisiones respecto a la 	<ul style="list-style-type: none"> - Reuniones de evaluación del PAC - Reuniones de evaluación por los EPAC - Suspensión de la creación de nuevos 	<ul style="list-style-type: none"> - Limitados e insuficientes esquemas de evaluación de la gestión - Desconocimiento de la propuesta de 	<ul style="list-style-type: none"> - Normas de la administración pública (tributación, gestión de personal) - Normas de la administración privada (tributación, gestión de 	

FUNCIONES	DISEÑO DEL PROCESO			FACTORES CONTEXTUALES		
	DISPOSITIVOS ORGANIZATIVOS	IDEAS ORIENTADORAS	EVENTOS ESTRUCTURADORES	RELATIVOS A LA ORGANIZACION	RELATIVOS A LOS SISTEMAS INSTITUCIONALES	INTERACCIONES NO ESTRUCTURADAS
		continuidad y extensión del PAC	CLAS hasta los resultados de la evaluación	Administración Compartida	personal) - Normas de la Inspectoría del Ministerio - Desarrollo del estudio del Banco Mundial sobre el desempeño del sector, en el cual realizan una evaluación positiva del desarrollo del PAC	

VI. Lecciones Aprendidas

¿Qué lecciones podemos extraer de la experiencia presentada?

A continuación proponemos algunas lecciones que pueden servir de orientación para gerentes sociales interesados en promover la cogestión de servicios sociales en general y de salud en particular.

- ***En la conducción de los procesos de cambio sectoriales, es necesario contar con un plan integral, explícito, que responda a la agenda prioritaria sectorial y defina los diversos procesos de cambio a desarrollar, así como una sólida y transparente conducción del proceso global, evitando actuar como si existiesen varios “ministerios paralelos”.*** Se ha hecho referencia a cómo distintos equipos del mismo Ministerio enfatizaban, en sus visitas de trabajo a las regiones, los temas y preocupaciones vinculados a su visión de reforma del sector, obviando las inquietudes y proposiciones del otro. El desarrollo de una visión integral debería favorecer la articulación y sinergia de las distintas propuestas de cambio con las Direcciones y programas de la estructura formal de la organización y con otros proyectos de cooperación internacional. Esto, a su vez, facilitaría la planificación conjunta de las estrategias a desarrollar en los niveles regionales, contribuyendo a una mayor consistencia en las acciones y a una mejor comunicación de aquellas a los niveles intermedios de instituciones públicas tan complejas como los Ministerios de Salud. La formulación de un plan integral de reforma protegería, finalmente, la continuidad en el desarrollo de las propuestas frente a la aparición de nuevas iniciativas no articuladas (como fueron, entre otras, el impulso al mercado de seguros privados en salud o el inicio de las aplicaciones iniciales de reforma).
- ***La experiencia de toma de decisiones sobre recursos públicos motiva en la ciudadanía un aprendizaje progresivo y la ‘apropiación’ de los procesos de cogestión, así como la sostenibilidad de los mismos.*** El manejo de los recursos vinculados a la atención de salud generaría elementos de identidad sobre la base de la influencia organizada de la comunidad. Esto se desprende de los ejemplos de iniciativas locales impulsadas por diversos CLAS (de los que da cuenta la narración), pero también de la comparación entre el accionar tradicional de los establecimientos públicos y la especificidad local de las acciones planteadas por los representantes ciudadanos. La participación en las decisiones generó en diversas localidades un mayor conocimiento y una apropiación progresiva de la propuesta.
- ***Los programas de cogestión de recursos públicos con la comunidad encuentran distintos niveles de resistencia por parte de aquellos integrantes de las organizaciones que ven en el proceso una reducción de sus espacios de poder.*** Esto se ve agravado en contextos institucionales acostumbrados al verticalismo y la participación “utilitarista” de la población. En el caso que nos ocupa, acostumbrados a manejar directamente los recursos, parecía que los funcionarios intermedios del Ministerio no veían con buenos ojos tener que limitarse a desempeñar un papel exclusivamente normativo y regulador, como tampoco tener que negociar decisiones sobre los recursos de salud en los puestos y centros de salud con las personas de la comunidad. Resulta interesante también

la estrategia del equipo impulsor del PAC, que promovió una implementación rápida y de bajo perfil, buscando apoyarse en “hechos consumados”.

- ***Aún cuando el diseño de un programa de cogestión de servicios públicos puede ser encargado a un equipo técnico externo a la estructura organizacional, resulta muy importante planificar la institucionalización de las propuestas.*** Esto demanda, entre otras cosas, la generación de mecanismos suficientes para que los principios y carácter de dichas propuestas sean preservados por las autoridades nacionales y regionales de salud, quienes deben incorporarse al diseño y la conducción temprana de los procesos. De lo contrario, se corre el riesgo de la desnaturalización de los principios y el carácter de la propuesta original. La existencia de “grupos externos” puede también conllevar una falta de identificación y colaboración (“...otro problema era que el PAC había surgido como una “actividad de proyectos de cooperación internacional” que los funcionarios de la estructura tradicional veían como “el otro Ministerio de Salud”, pg.13). La planificación de la institucionalización de las propuestas implica, además, esquemas adecuados para la generación de capacidades institucionales que faciliten asumir las tareas correspondientes.
- ***Se debe garantizar un tiempo de permanencia y apoyo suficientes a los funcionarios que impulsan propuestas innovadoras,*** como es el caso de la cogestión en salud. Lo contrario es exponer buenas iniciativas al riesgo de su desaparición o pérdida de visibilidad. Por ejemplo, generar “pruebas piloto” de propuestas de innovación institucional en un contexto institucional de alta rotación de funcionarios puede limitar la sostenibilidad y transferencia de las propuestas puestas a prueba. En el caso del PAC, la vital primera etapa de desarrollo de la estrategia estuvo conducida por un mismo equipo de personas que contaba con el apoyo de la Alta Dirección del Ministerio de Salud. Adicionalmente, durante el período motivo de análisis se había dado en el sector salud peruano un fenómeno singular: la estabilidad de los principales cargos de confianza del nivel central del Ministerio. Ello había contribuido al mantenimiento de diversas iniciativas de cambio, entre las que se cuenta el PAC.
- ***La vigencia de propuestas innovadoras en la agenda pública depende, en medida importante, de su validación y legitimación prácticas.*** En este sentido, es muy importante que la planificación organizacional para la disponibilidad de instrumentos técnicos y procesos gerenciales, entre los que se destaca la generación de capacidades, cuenten con un adecuado diseño, manejo y conocimiento de la misma, tanto dentro y fuera de la organización. Las cuatro lecciones siguientes se enmarcan en esta lógica.
 - ***La formulación de un marco normativo adecuado es una de las condiciones para el desarrollo de propuestas de cogestión de los recursos públicos.*** La propuesta normativa debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a la cambiante realidad de los procesos sociales, políticos e institucionales, sin por ello desvirtuar su esencia, ni la visión de los objetivos a cumplir. Recién en 1997, el trabajo desarrollado por los equipos del PAC y de Salud Básica para Todos logra algunos aportes en lo que respecta a ‘ordenar la casa’ en relación con normas y esquemas de asesoramiento que

hasta ese momento se habían concentrado preferentemente en la manera de constituir los CLAS.

- ***La propuesta técnica debe incorporar herramientas de fácil aplicación y entendimiento***, pero con un nivel de rigurosidad suficiente, para que puedan orientar la acción de la comunidad organizada, así como los esquemas y estrategias de asistencia técnica que deben brindar las autoridades de salud.
- ***Se debe contar desde un inicio con esquemas claros de generación de competencias en el nivel de la población y de los funcionarios responsables de implementar la propuesta.*** Se debe contribuir a una mejor “apropiación” de la propuesta por parte de los representantes ciudadanos, entre otras cosas para evitar que la inexperiencia en sistemas administrativos genere tensión o desaliento en quienes participan de la experiencia. Adicionalmente, resulta muy importante “rescatar” las prácticas inteligentes generadas a partir de la gestión compartida de recursos públicos, para que sirvan de referente a otras experiencias.
- ***Las propuestas de cogestión de servicios de salud deben ser difundidas oportunamente dentro y fuera de la organización, haciendo énfasis en sus características innovadoras y en los objetivos que persiguen.*** Una vez articulada y oficializada la propuesta de cogestión, se debe diseñar una estrategia de socialización que contemple mecanismos adecuados para la difusión de los principios que impulsan la propuesta y expliciten sus componentes y resultados esperados. Estos mecanismos de difusión deben estar orientados tanto a los funcionarios y trabajadores de la institución como a la población, especialmente tratándose de propuestas que alientan la participación social.
- ***Diferentes “stakeholders” pueden desempeñar un papel determinante en la legitimación y sostenibilidad de los temas de la agenda sanitaria.*** Prácticamente desde su inicio, la estrategia de Administración Compartida de los servicios de salud concitó la atención de la comunidad académica nacional e internacional. La evidencia aportada por los distintos estudios no contribuyó solamente con una mayor visibilidad de la propuesta; también trasladó sus logros iniciales al debate en foros académicos y generó una corriente favorable a la misma, desde fuera del Ministerio.

El apoyo del Banco Mundial a la estrategia, considerada por dicha institución como uno de los mecanismos más importantes para mejorar los servicios de salud para la población más pobre del país, fue aún más determinante, tanto en lo que se refiere a sus acciones de defensa del reinicio de la conformación de CLAS, como cuando incorporó, como una de sus condiciones para un préstamo al país, el incremento de establecimientos bajo el modelo de administración compartida.

- ***La asociación oportuna entre el interés de los hacedores de política y la investigación académica independiente puede contribuir a decisiones de política basadas en evidencia concreta sobre el desempeño de una propuesta de reforma (políticas basadas en evidencia).*** El caso de la Evaluación Nacional

del PAC, y la paciencia de la Autoridad de Salud para la espera de sus resultados previa a la toma de decisiones constituye un hito no muy frecuente en el desarrollo de políticas públicas, pero valioso en lo que respecta a la contribución al proceso.

- ***La manera en la que se vinculan los operadores de la propuesta y las comunidades locales contribuye de manera importante al éxito de propuestas de participación social.*** Dicha vinculación se debe generar de manera sencilla y transparente. A este respecto, otro elemento importante que aporta la experiencia es la importancia del reconocimiento social, el brindar una visión de respaldo y confianza respecto a las tareas a asumir. Este reconocimiento puede verse reforzado mediante el ***desarrollo de vínculos entre operadores de experiencias semejantes de cogestión de servicios públicos***, con el objeto de fomentar el aprendizaje entre pares, así como generar identidad de comunidad en cada región, mediante esquemas de visitas a experiencias exitosas, encuentros interregionales e intraregionales.
- ***El fortalecimiento de la construcción de redes sociales a partir de los ciudadanos participantes de los procesos de cogestión es una de las condiciones que aporta a la vigencia y sostenibilidad de la propuesta.*** La canalización y estructuración de redes sociales sobre la base de la comunicación espontánea que había surgido entre integrantes de los CLAS de distintas regiones, constituyó una valiosa estrategia impulsada por el equipo gerencial del PAC desde 1998. Estos procesos de intercambio y articulación generaron un sentimiento de pertenencia a una colectividad de ciudadanos comprometidos voluntariamente en el desarrollo de la salud de sus pueblos, contribuyendo a la legitimación interna de su labor, de cara a las comunidades que representaban.
- ***Contar desde un inicio con sistemas de monitoreo y evaluación de los avances y logro de resultados de la propuesta permite conducir y orientar el proceso de cambios.*** De esta manera los distintos niveles de responsabilidad de la institución clarifican cuál es su papel en el proceso. Este instrumental servirá, además, de marco para la rendición de logros y limitaciones ante los referentes principales de la propuesta: población, autoridades políticas y otras instancias de gobierno. En el caso que se ha tratado, por ejemplo, el incremento en el acceso a atenciones de salud de mayor calidad fueron los criterios que otorgaron validez, sostenibilidad y viabilidad política a la propuesta.

Bibliografía

Altobelli, L. (1998a). “Análisis comparativo de establecimientos de atención primaria de salud con la participación de la sociedad civil”. Estudio presentado en el seminario Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana. Cartagena, Colombia: Banco Interamericano de Desarrollo.

Altobelli, L. (1998b). “Reforma de Salud, participación Comunitaria e Inclusión Social: el Programa de Administración Compartida”. Informe preparado para la Evaluación de Medio Término del Programa de Cooperación Perú – UNICEF.

Altobelli, L. (2002). “Participación Comunitaria en la Salud: La Experiencia Peruana de los CLAS”. En *La Salud Peruana en el Siglo XXI*, Capítulo VI. Lima: Centro de Investigación Económica y Social.

Arroyo, Juan (2001). “La Función de Gobierno, la Intersectorialidad y la Sociedad Civil en Salud”. En: *Políticas de Salud 2001 – 2006*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.

Bardach, Eugene (2000). *A Practical Guide for Policy Analysis. The Eightfold Path to more Effective Problem Solving*. New York: Chatham House.

Barzelay, Michael y F. Thompson (2003). *Efficiency counts: Developing the capacity to manage costs at Air Force Materiel Command*. The IBM Center for the Business of Government.

Bowyer, T. (2003) *Popular participation and the State: Democratising the Health Sector in Rural Peru*. University of Wales: Swansea.

Cortázar, Juan Carlos y C. Lecaros (2003). La Viabilidad de las prácticas de Participación Ciudadana. El caso del presupuesto participativo de Villa El Salvador. Perú 2000 – 2002. Washington DC: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.

Cortez, Rafael (1997). *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS*. Lima: Universidad del Pacífico.

Costa, M. (1997) “Reforma del Sector Salud en el Perú: aspectos conceptuales”. Presentación del Ministro de Salud del Perú en el Seminario Internacional “Modernización de la Seguridad Social en Salud”. Lima: noviembre de 1997.

Díaz, R. (2001) “CLAS: Una Experiencia para Descentralizar Servicios de Salud”. *Semanario Gestión Médica*, Edición 226, Año 6, 25 de junio del 2001.

_____. (2001). “CLAS enfrenta el Riesgo de la Desfiguración del Modelo”. *Semanario Gestión Médica*, Edición 249, Año 6, 3 de diciembre del 2001.

Ewig, C. (2002). “The Politics of Health Sector Reform in Peru”. *Woodrow Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms*. Washington, D.C.: April 18-19.

Frisancho, A. (1993). “Salud Comunitaria en el Ande Peruano: Reflexiones sobre una experiencia de cooperación con médicos y enfermeras en servicio rural”. Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino – Cooperación Italiana en Salud.

Green, A. (1999). *An Introduction to Health Planning in Developing Countries*. London: Oxford University Press.

Iwami, M. y R. Petchey (2002). “A CLAS Act? Community-based organizations, health service decentralization and primary care development in Peru”, *Journal of Public Health Medicine*, 24 (4), 246-251.

Kalyan, R. (2000) Management of public hospitals through community participation. Global Development Network (GDN).

Kingdon, J. (1995) *Agendas, Alternatives, and Public Policies*, Second Edition, New York: Longman.

La Rosa Liliana (2003). *Cogestión de la Salud y Capital Social. Estudio de cuatro casos de Centros Locales de Administración Compartida, con énfasis en adolescentes y mujeres*. Reformando. Boletín Trimestral del Núcleo de Acopio, Análisis y Difusión de Información sobre Iniciativas de Reforma – América Latina. Nro. 16, Abril-Junio 2003. Pgs. 4 y 5. México, D.F. : FUNSALUD.

Ministerio de Salud del Perú / Organización Panamericana de la Salud (1993). *Sistemas Locales de Salud*. Lima: marzo.

Ministerio de Salud del Perú (1994). Decreto Supremo N° 01-94-SA – “Creación del Programa de Administración Compartida y Normas de Aplicación del Decreto Supremo N° 01-94-SA”.

Ministerio de Salud (1995). *Lineamientos de Política de Salud 1995 – 2000 - El desafío del cambio de milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad*. Lima.

Ministerio de Salud (2001). Herramientas para la Gestión de Redes de Salud. Escalante, G., Frisancho, A. (editores) Proyecto Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud.

Peñarrieta, I. (1998). “Equidad según necesidades de atención y comportamiento de los usuarios entre servicios CLAS y no CLAS”. Lima: Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Ministerio de Salud.

Rifkin, S. Lewando-Hunt, G., Draper, A. (2000) *Participatory Approaches in Health Promotion and Health Planning – A literature review*, London School of Hygiene and Tropical Medicine for the National Health System Health Development Agency.

Rojas, J. (1997) Evaluación de los CLAS en la Dirección Regional de Salud de Cajamarca: 1995-1996. Dirección de Salud de Cajamarca – Proyecto APRISABAC.

Sobrevilla, A. (1998). Informe de Consultoría al Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud El Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud. Documento interno de trabajo. Lima, Perú: Ministerio de Salud.

Taylor, C. (1998). Informe para el Ministro de Salud del Perú. Informe interno de consultoría. Lima, Perú: Ministerio de Salud.

Vicuña, M., S. Ampuero, y J. Murillo (1997, 1998). Realizaron entre 1997 y 1998 tres investigaciones: Análisis de la demanda Efectiva y su Relación con el Modelo de Gestión de los Establecimientos de Salud del Primer Nivel de Atención; Análisis de la Demanda Potencial y su Relación con el Modelo de Gestión de los Establecimientos de Salud y la Participación Comunitaria de los Líderes Comunales; y Modelo de Gestión del Establecimiento de Salud y la Participación Comunitaria de los Líderes Comunales..

Vicuña, M., S. Ampuero y J. Murillo (1998). Modelo de Gestión del Establecimiento de Salud y la Participación Comunitaria de los Líderes Comunales.

Walt, G. (1994). *Health Policy, An Introduction to Process and Power*. London: Zed Books, Ltd.

World Bank (1999). *Improving Health for the Poor*. Washington, DC.: Banco Mundial.

Anexo 1

Metodología del estudio

La metodología utilizada fue la desarrollada en el Primer Taller sobre Elaboración de Estudios de Casos de Gerencia Social, organizado por el Instituto de Desarrollo Social – INDES del Banco Interamericano de Desarrollo. Este taller se desarrolló en Washington DC, en septiembre de 2003.

El método está orientado hacia el desarrollo de estudios de caso instrumentales, es decir, no tanto a la descripción de una situación histórica determinada (en este caso, la del proceso de diseño y puesta en agenda del Programa de Administración Compartida de los Servicios de Salud), sino al análisis de proceso y a la manera en la cual los factores de contexto, las características y dinámicas organizacionales y los distintos actores influyen las prácticas de gerencia de programas sociales.

Es por ello que además de desarrollar preguntas específicas para entender la experiencia bajo análisis, se ha planteado una pregunta que constituye el eje del estudio:

¿Cuáles son las prácticas y procesos que favorecen o dificultan que propuestas de participación ciudadana en la cogestión de recursos públicos se instalen de manera estable en las agendas de los sectores sociales?

Para responder a ella se plantearon tres preguntas vinculadas ya directamente a la experiencia bajo estudio:

- ¿Cuáles fueron los factores que influyeron para que se decidiera el diseño e implementación a escala nacional de un modelo de cogestión de los servicios de salud?
- ¿Por qué enfrentó el Programa de Administración Compartida (PAC) obstáculos para su desarrollo, a pesar de su valoración favorable y cómo se logró superar dichos obstáculos?
- ¿Qué papel desempeñaron los actores institucionales y extra – institucionales en la consolidación del programa de cogestión local de establecimientos de salud (PAC)?

Con el objeto de responder a estas preguntas se presentó la evidencia de la experiencia histórica bajo estudio mediante un relato detallado. Dado que nuestro interés era analizar una práctica gerencial entendida como un proceso, la forma narrativa fue elegida como la mejor alternativa para organizar y presentar la evidencia.

El estudio se apoyó en la propuesta metodológica de Michael Barzelay (2003). Se estructuró la narración identificando en el proceso bajo estudio los distintos eventos que se suceden en el tiempo. El grupo de eventos relacionados directamente al desarrollo y operación de la práctica del análisis y la selección de alternativas se consideraron como eventos del episodio central. La narración del episodio requería sin embargo recurrir a

eventos que no formaban estrictamente parte del mismo, pero que constituían el contexto en el cual este tuvo lugar.

Algunos de estos eventos podían ser caracterizados como fuente (causal) de los eventos del episodio. Ellos podían ocurrir antes del episodio o durante el mismo. Aquellos eventos que fueron fuente de ocurrencias y tuvieron lugar antes del episodio fueron así caracterizados como eventos previos (PE). Aquellos que siendo también fuente de ocurrencias y sucedieron de manera simultánea a los eventos del episodio, fueron caracterizados como eventos contemporáneos (CE). Un segundo grupo de eventos del contexto a considerar fueron aquellos que eran consecuencia de los eventos del episodio. Aquellos que ocurrieron de manera simultánea al episodio fueron así denominados eventos relacionados (RE), mientras que los que ocurrieron después del episodio, eventos posteriores (LE). El gráfico de la página siguiente muestra la estructura narrativa utilizada para organizar la evidencia del caso y que por lo tanto guió el trabajo de campo, la elaboración de la narración del caso y el análisis de la evidencia.

En las secciones II al V del texto se desarrolla la narración de la experiencia bajo estudio, organizada en función de los eventos del episodio, haciendo referencia a los demás eventos contextuales cuando ello es necesario para evidenciar vinculaciones que permiten una mejor comprensión de los acontecimientos.

Para obtener información relevante se recurrió a recopilar material impreso y a realizar entrevistas narrativas a actores que participaron en el proceso. Considerando los criterios de triangulación de perspectivas, se realizó un total de 08 entrevistas semi estructuradas a ex - funcionarios del Ministerio de Salud del Perú y de la sociedad civil. Se completó la información con la revisión de investigaciones que existen sobre la temática.

El marco conceptual utilizado para el análisis de la evidencia provino de la propuesta de análisis de prácticas inteligentes desarrollada por Bardach (2000), que luego Barzelay (2003) ha retomado para proponer un modelo de análisis funcional de las prácticas gerenciales.

Anexo 2. Esquema Narrativo Global



