

## LOS COMITÉS LOCALES DE ADMINISTRACIÓN EN SALUD (CLAS) ¿BUENOS O MALOS PARA LA SALUD?

*Henry Cabrera Arredondo*

A mediados de 1994, el Ministerio de Salud dio inicio a un programa piloto denominado Programa de Administración Compartida (PAC). La meta principal consistía en poner a prueba la transferencia de recursos públicos con los objetivos de hacer más eficiente el gasto, mejorar la calidad y la equidad de la asistencia y dar cabida a la participación de la población local que iba a ser atendida<sup>1</sup>. Esta "nueva" estrategia de desconcentración tiene como principal instrumento los CLAS, instituciones legales, privadas y no lucrativas administradas por siete miembros que forman la asamblea general (seis miembros de la comunidad y el médico jefe que completa el enfoque de gestión compartida). Una gran parte de su presupuesto (salarios) y propiedad de la infraestructura son aún materia del estado.

El desarrollo alcanzado por esta institución es importante. Así, hasta el año 2000 existían ya 1242 establecimientos de salud CLAS dirigidos a cerca de 6 millones de habitantes<sup>2</sup>. Una innovación importante son los Programas de Salud Local (PSL) adaptados a las particularidades y necesidades de cada localidad. La flexibilidad del gasto de sus recaudaciones ha permitido mejorar la infraestructura y equipos, la contratación directa de nuevo personal con la posibilidad de control y evaluación anual de estos trabajadores por el nivel local, ello ha permitido no sólo mejorar la productividad y responsabilidad de estas personas<sup>3</sup> sino también la calidad de los servicios. En términos generales los contratos ofrecidos (contrato por un año, vacaciones, aportaciones de la pensión) mejoran las condiciones de los contratos por servicios no personales por ejemplo. Los principales beneficios se derivan del hecho que la comunidad se vea capacitada para ejercer un control social sobre la prestación de los servicios y el personal además de la desconcentración de las decisiones del presupuesto y del gasto.

Se ha criticado a los CLAS, por las dificultades de la organización de la participación de la comunidad sobre todo en las comunidades más alejadas, los CLAS funcionarían mejor en los asentamientos urbanos menos pobres<sup>4</sup>. La falta de "representatividad" de los miembros de la comunidad por procesos de elección imprecisos, los representantes comunitarios del CLAS normalmente están en desventaja para el manejo administrativo, financiero y transparencia en la gestión, que les permita hacer un mejor ejercicio de sus derechos<sup>5</sup>. La población tiene poca información sobre los CLAS y no existe proceso de retroa-

limentación en la toma de decisiones hacia la comunidad. A ello se suma la tendencia de alguno de ellos a crear minihospitales con servicios clínicos y de laboratorio avanzados con una menor atención a asegurar la prevención y la promoción de la salud.

La oposición a esta política viene de varias asociaciones de profesionales de salud y de gremios relacionados. Se menciona como base para esta oposición el potencial de privatizar la administración financiera de los centros y puestos de salud, los cambios que implica el paso de los nuevos trabajadores de un régimen público al privado; y el efecto que la descentralización produciría en la unidad y la viabilidad de estas asociaciones<sup>6</sup>.

Diez años de vida tienen los CLAS, una revisión de sus aportes a la salud pública son pertinentes, tomar la experiencia válida de su funcionamiento y estudiar la estrategia y el potencial desarrollado en busca de la participación ciudadana en salud. Los cambios y mejoras que se adhieran deberían enriquecer sus bondades y corregir sus debilidades, consolidar definitivamente esta experiencia peruana de mejoramiento y extensión de servicios de salud con la participación activa de la comunidad y sobretodo, asegurar la accesibilidad, equidad y calidad de los servicios sanitarios en nuestro país.

### BIBLIOGRAFIA

- 1 "CLAS: una experiencia peruana de empoderamiento en salud" Dr. Ricardo Díaz Romero
- 2 "Equidad y reforma en el Sector Salud" Ugarte, O. y Monge J.A. DESCO, Lima 1998
- 3 Altobelli (1998) Comparación de niveles de productividad entre centros CLAS y no-CLAS
- 4 Rafael Cortez; Paul Phumpiu. Las prestaciones del servicio de salud en los centros de administración compartida por la comunidad y el estado. El caso de Perú.: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP).
- 5 Mesa de descentralización y servicios de salud. Documento de trabajo. Lima, 22 - 24 de Agosto de 2002
- 6 Christina Ewig. The Politics of Health Sector Reform in Peru. Wilson Center Workshops on the Politics of Education and Health Reforms Washington D.C. April 18-19, 2002