



esan
proyecto de gestión pública

11

**PROBLEMATICA
DE ORGANIZACION
Y GESTION
EN ATENCION
PRIMARIA DE SALUD**

**Patricia de Arregui
Flor de María Monzón
Ida Aguilar**

0856



esan

proyecto de gestión pública

11

PROBLEMATICA DE ORGANIZACION Y GESTION EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD

**Patricia de Arregui
Flor de María Monzón
Ida Aguilar**

© Escuela de Administración de Negocios para Graduados – ESAN
Av. Alonso de Molina 1698 – Monterrico – Surco
Teléfono 35 - 1760
Derechos Reservados conforme a Ley
Diciembre 1985



INDICE

INTRODUCCION	3
El Problema	3
El Estudio	5
El Método	7
I. LA POLITICA	15
II. PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS	25
III. ORGANIZACION	37
IV. RECURSOS HUMANOS	53
4.1 Dotación	53
4.2 Capacitación	58
4.3 Profesionalismo	65
V. DIRECCION	69
VI. SUPERVISION	79
VII. RECURSOS FINANCIEROS	87
VIII. INFORMACION	95
IX. EVALUACION	101
ANEXO	107

P R E S E N T A C I O N

El Proyecto de Gestión Pública, que ESAN^o llevó a cabo, entre los años 1983 y 1985, gracias a un convenio con el Gobierno Peruano y el Banco Mundial, ha propuesto una nueva modalidad de capacitación: el programa experiencial.

Este tipo de programa combina la experiencia adquirida con la investigación. De un lado, propone que sean los propios individuos, los que analicen los problemas de organización y gestión de sus entidades, propongan soluciones y se comprometan a lograr el cambio.

Por otro lado, para orientar el trabajo de los participantes, es necesario que previamente se realice una investigación o estudio de base que identifique la problemática real en cada caso concreto.

El presente documento, responde a este segundo objetivo, describiendo como ha operado y opera el Ministerio de Salud en relación a su estrategia oficial, es decir la Atención Primaria de Salud.

Joaquín Maruy Tashima
Director
Proyecto de Gestión Pública

Noviembre de 1985

I N T R O D U C C I O N

El Problema

En setiembre de 1978, en la Conferencia de Alma Ata (1), el Perú asumió oficialmente, junto a otros 133 países participantes, la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia prioritaria para el desarrollo de la salud y del bienestar de la población. En ese entonces el país contaba con un bagaje de experiencias locales previas y con tradiciones culturales de autoayuda y participación, especialmente en las áreas rurales, que habían sido evaluadas durante el año anterior, a instancias de la Organización Mundial de la Salud y sus dependencias regionales, y con el apoyo técnico y financiero de éstas. Tras la Conferencia de Alma Ata, hito importante en la historia de políticas de salud, el Ministerio de Salud diseñó un plan de implementación de esta estrategia.

Así, en marzo de 1979, se aprobó el primer Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud (PNAAPS), que planteó una serie de objetivos de largo, mediano y corto plazo, entre los que cabe mencionar:

- a) reducir la morbilidad materno-infantil debida a enfermedades transmisibles prevenibles y a un pobre saneamiento;
- b) atender la demanda de primeros auxilios y morbilidad frecuente;
- c) contribuir a elevar el nivel de vida y de salud, con la participación de la población en el proceso de planificación del programa.

(1) Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 setiembre, 1978.

Para el logro de estos fines, se programaron actividades de apoyo a ser ejecutadas por personal de los servicios de salud en 1040 localidades del país, 760 de las cuales carecían de acceso fácil a establecimientos básicos, tales como centros de salud o puestos sanitarios. Esas actividades incluían:

- a) Control y apoyo nutricional de gestantes y puérperas; atenciones del parto; derivaciones de casos que lo requerían; inmunizaciones;
- b) Apoyo en equipos y materiales para la protección de los manantiales de todas las localidades que participarían inicialmente en el Plan; asesoría y apoyo para la construcción de letrinas, y mejoras de vivienda en las 280 localidades que sí contaban con establecimiento de salud cercano.
- c) Identificación de las organizaciones representativas de las comunidades, y apoyo y asesoramiento a éstas (incluyendo capacitación a sus líderes) para que realizaran un diagnóstico de su propia situación y programaran acciones para mejorarla; participación en la capacitación, supervisión y evaluación de un promotor de salud y una partera por cada localidad involucrada; asesoría y apoyo a las comunidades en el desarrollo de proyectos productivos, lo que incluía una dotación de herramientas y semillas.

Por otro lado, se anticipaba que los mismos miembros de esas localidades o comunidades desarrollarían ciertas actividades, luego de participar en diversas experiencias de capacitación. Debían realizar, un diagnóstico situacional; elaborar, ejecutar, controlar y supervisar proyectos comunales de desarrollo; y, desde el inicio de la implementación del Plan, seleccionar a algunos de sus miembros para ser capacitados como promotores de salud o parteras. Se esperaba que éstos hicieran controles de salud materno-infantil, participaran en vacunaciones, controlaran la aparición de enfermedades transmisibles, dieran apoyo a familias con alto riesgo de enfermar o morir y atendieran, o refirieran a los establecimientos de salud, a aquellos que demandaran sus servicios. Asimismo, debían procurar la protección de manantiales, la construcción de letrinas y la mejora de las viviendas en aquellas localidades donde no existiera personal ni establecimientos de salud.

Para la ejecución de este Plan se contaba con un aporte presupuestal que cubría no más del 25% del costo necesario (\$ 3.5 millones de dólares aproximadamente, para 1979), pero se anticipaba el apoyo financiero y técnico de organismos de cooperación técnica internacional.

Efectivamente, uno de los primeros proyectos de apoyo al desarrollo de esta estrategia fue el de "Extensión de Coberturas de Salud Primaria Integral", elaborado simultáneamente con el Plan, cuyo convenio fue suscrito entre la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos de Norteamérica y el Gobierno del Perú, el 19 de setiembre de 1979. Este

proyecto (al que nos referiremos como el proyecto 219, ya que sus siglas identificatorias suelen ser "AID/GOP No. 527-0219"), proveía apoyo financiero y técnico para la mayor parte de las actividades o componentes incluidos en el Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria, con la excepción de proyectos locales de desarrollo productivo, capacitación de líderes y complementos nutricionales, tal como puede verse en el Cuadro No. 1. Incluía también financiamiento y apoyo técnico para una serie de actividades no previstas en el PNAAPS, entre las que destacan, por el énfasis recibido en el Proyecto, actividades de información y educación sobre planificación familiar y la adquisición, bastante más voluminosa que lo originalmente requerido por los diseñadores del Plan, de equipos médicos y medicamentos para los establecimientos básicos de salud.

Cinco años más tarde, en 1984, los índices de salud mostraban un marcado deterioro. Muchas actividades programadas nunca se habían ejecutado y otras habían sido descontinuadas. Según el Plan Sectorial 1984-85, sólo 38% de los puestos sanitarios existentes realizaban actividades programadas y sólo 20% de las comunidades participaban, en vez del 100% fijados como meta a lograrse en 1983. Sin embargo, gran parte de los fondos disponibles del proyecto 219, que debió ejecutarse entre 1979 y 1983, permanecían intactos, mientras que otros se gastaban en forma muy distinta a la prevista. ¿Qué había sucedido?

Una de las razones frecuentemente aducidas, y que hemos explorado en este estudio, es que el Ministerio de Salud, órgano rector del sector, responsable de diseñar y promover la aplicación de sus políticas, carecía de la organización y de la capacidad de gestión adecuadas para cometer la misión que se impuso a sí mismo.

El Estudio

Averiguar cuáles han sido los principales problemas de organización y gestión del Ministerio de Salud en relación a la Atención Primaria fue el principal objetivo de este estudio. Insertado en el Proyecto de Gestión Pública que desarrolló ESAN en 1984, compartió el enfoque de éste.

El Proyecto, diseñado y dirigido por Alberto Giesecke Sara-Lafosse, con el objetivo último de desarrollar modelos adecuados de capacitación para funcionarios y directivos del sector público, daba un espacio importantísimo a la investigación previa de los problemas reales que obstaculizan o impiden a las entidades del Estado peruano el cumplir con su misión. Además, proponía el desarrollo de programas experienciales, una modalidad de entrenamiento que requiere que sean los mismos funcionarios que se capacitan, quienes analicen sus problemas y propongan soluciones, explotando al máximo su propia experiencia y comprometiéndose a lograr los cambios requeridos en su organización.

Este estudio de base, como otros desarrollados por el Proyecto, ven

Cuadro No. 1
 PROYECTO AID/GOP 527-0219
 "EXTENSION DE COBERTURAS DE SALUD PRIMARIA INTEGRAL"

LINEA DE APOYO	DESCRIPCION
Nombre Agencia Financiera Fecha de Inicio Fecha de Término Objetivos Población Beneficiaria I. <u>Recursos Financieros</u> Préstamo Donación Contrapartida GOP. Total (Préstamos-Donaciones) Período de Gracia Período de Amortización Tasas de Interés II. <u>Incremento y Capacidad Operativa</u> A. <u>Recursos Físicos</u> Equipamiento Suministros Vehículos y Otro Transporte B. <u>Recursos Humanos</u> Capacitación de Personal C. <u>Saneamiento Ambiental</u> D. <u>Supervisión</u> E. <u>Sistema de Información y Evaluación</u> F. <u>Educación Sanitaria</u> G. <u>Asesoría Técnica</u> H. <u>Investigación</u>	"Extensión de Cobertura de Salud Primaria Integral" Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos de Norteamérica Setiembre 1979 Enero 1985 (extensión) Desarrollar y extender la cobertura de salud integral, saneamiento ambiental y educación sanitaria a los grupos del área rural que no tienen acceso a los servicios de salud, utilizando la estrategia de la atención primaria. Población Rural 4'280,000 habitantes 13 regiones de salud 5'800,000 dólares 1'350,000 dólares 2'400,000 dólares 7'150,000 dólares 10 años 25 años 2% por 10 años, luego 3% Equipo Médico - Puesto Sanitario - Parteras y Promotores Mobiliario Puesto Sanitario Equipo Audio Visual Medicamentos - Puesto Sanitario - Promotores Material de curaciones - Puesto Sanitario, promotores y parteras Bicicletas, acémilas y vehículos (extensión) - Cursos de refrescamiento, auxiliares sanitarios - Cursos de capacitación parteras - Cursos de capacitación promotores - Cursos de refrescamiento parteras y promotores - Cursos para unidades de capacitación (región y área hospitalaria) - Construcción de letrinas - Protección de fuentes de agua - Mejoramiento de viviendas Viáticos - pasajes Impresión de formularios Producción y distribución de material educativo Consultores Internacionales - Desarrollo de Recursos Humanos - Sistema de Información - Sistema de Supervisión Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (INE) Evaluación de programa de parteras Evaluación de programa de promotores

Fuente: Ministerio de Salud, Seminario-Taller "Proposición de medidas técnico-administrativas específicas para la coordinación de los Programas de Salud, apoyados por Proyectos de Cooperación Internacional" (documentos varios), Lima, Abril 1984.

dría a ser el insumo inicial para una experiencia de capacitación, como la señalada. No busca otra cosa que presentar una descripción de cómo ha operado y opera el Ministerio de Salud, en relación a su estrategia oficial, la Atención Primaria. Su objetivo es servir de catalizador para una discusión y reflexión que, en el marco de un programa de capacitación, lleve a la decisión de transformar la institución para que se aboque a su tarea en forma más idónea. Como tal, no es una investigación dirigida a probar alguna hipótesis o reforzar alguna teoría, sino más bien a levantar una especie de mapa topográfico de los problemas que requieren algún tipo de intervención.

El Método

Siendo nuestro interés conocer y analizar la dinámica organizativa del Ministerio a nivel de los servicios, de la Administración Central y, en fin, a lo largo de toda la cadena de niveles e instancias organizacionales, se vio que la manera más adecuada de lograrlo era observando la gestión de uno de los Proyectos que apoyaba la estrategia prioritaria del Sector, es decir, la Atención Primaria de Salud.

Se escogió el Proyecto GOP/AID 527-0219 por las siguientes razones:

- 1) Se trataba de un Proyecto que había surgido y había sido básicamente gestionado desde el interior de las instancias regulares del Ministerio. Como no había supuesto la creación de estructuras u oficinas especiales para su gestión, su seguimiento permitiría observar las operaciones convencionales del Ministerio.
- 2) Involucraba a un gran número de instancias y a todos los niveles organizativos de esta entidad estatal para su ejecución. Esto permitiría acercarnos al mayor número de oficinas y, además, haría factible descubrir la red de relaciones existente entre los distintos niveles organizativos.
- 3) Era un Proyecto que estaba ya en etapa de culminación y a la vez evidenciaba retraso e incumplimiento en su ejecución. Observar retrospectivamente su gestión permitiría detectar los problemas que lo habían obstaculizado.
- 4) Este Proyecto estaba relacionado con las tendencias de cambio del marco político existente en el sector. Así, incorporaba en sus objetivos declarados aspectos fundamentales de la nueva estrategia de Atención Primaria, que implicaban el ejercicio de nuevas funciones y, por lo tanto, requerían de cambios en su organización para acometer la nueva tarea. Observar el desarrollo del Proyecto nos permitiría ver cómo enfrentaba el Ministerio los procesos de cambio.

Una primera etapa consistió en la recolección de información general sobre el Sector Salud, mediante:

- a) Entrevistas con informantes claves del Ministerio y otras agencias, que versaron sobre la problemática general del sector.
- b) Revisión de documentos sobre políticas y planes del Sector y sobre sus recursos humanos. Esta información básica nos proporcionó elementos de juicio y nos permitió detectar aspectos condicionantes del logro de los objetivos planteados por los Proyectos que apoyan la Atención Primaria.
- c) Revisión de la documentación sobre los proyectos apoyados por AID en el Sector Salud (527-0219, 527-230): convenios suscritos, planes operativos, evaluaciones, etc.
- d) A la vez se procedió a tomar contacto con funcionarios del Ministerio, de la AID y asesores de Westinghouse Health Systems, con la finalidad de facilitar el acceso a otras fuentes de información, así como para ir identificando, conjuntamente, las necesidades en materia de entrenamiento.

En una segunda etapa del estudio se planteó la necesidad de tener un mayor acercamiento al Ministerio. Con este fin se asistió, en el mes de abril de 1984, en calidad de observadores, al Seminario-Taller "Proposición de medidas técnico-administrativas específicas para la coordinación de los Programas de Salud apoyados por Proyectos de Cooperación Internacional", realizado en Santa Clara (en adelante: Seminario de Coordinación). Fue una oportunidad propicia para conocer a los funcionarios y las instancias que representaban, lo cual nos ayudó posteriormente a elaborar la lista de personas a entrevistar y las instancias que debíamos tomar en cuenta para el estudio. Por otro lado, permitió observar cómo los funcionarios identificaban problemas en la gestión de los proyectos, cómo los analizaban y qué tipo de soluciones planteaban. Todo esto daría algunos elementos importantes a incorporarse en la estrategia de entrenamiento que ESAN llevaría a cabo.

Se participó también en dos Seminarios de "Evaluación y Reprogramación de Proyectos GOP/AID", en el mes de mayo. Dichos seminarios se realizaron en las Regiones de Salud de Lima y del Callao. En la primera participaron las regiones de Ica, Huánuco y Lima, y en la del Callao, las regiones de Ayacucho y la anfitriona. En esta ocasión, se pudo observar la forma cómo programan (en este caso los Proyectos AID) los equipos de Areas Hospitalarias y Regiones de Salud, así como la manera cómo cumplen su función de asesoría los representantes del Nivel Central y de los organismos financiadores.

Todo el material recogido hasta esos momentos (Documentos de Políticas del Sector, Informes Ministeriales sobre la marcha de sus operaciones

nes, los Planes Operativos del Proyecto AID seleccionados, apuntes y observaciones de los Seminarios a los que se asistió) sirvió para la preparación de un primer inventario de problemas que obstaculizaban la implementación de la Atención Primaria. Este inventario estuvo organizado alrededor de los rubros considerados en la Guía de Observación desarrollada anteriormente para un estudio sobre la Administración de Servicios de Salud realizado en ESAN (2). Así, se agrupó los problemas detectados bajo los títulos de:

Políticas y Programas
 Organización
 Coordinación y Comunicación
 Dirección
 Recursos Humanos
 Recursos Financieros
 Supervisión
 Información
 Evaluación
 Difusión,

los rubros usuales del análisis de organizaciones. La revisión del inventario nos permitió determinar en qué rubros era necesario conseguir información adicional.

Esto se hizo en la siguiente etapa de la investigación, que consistió en la realización de 50 entrevistas a funcionarios y personal de los distintos niveles de la estructura jerárquica del Ministerio (Ver relación en el Anexo al final del documento). Las entrevistas constaban de dos partes:

- Una primera, donde se preguntaba por la opinión del entrevistado acerca de:
 - . ¿Qué busca la Atención Primaria? (con el fin de ver si existía unidad de conceptos al interior del Ministerio)
 - . ¿Qué se había logrado en APS?
 - . ¿Qué factores dificultaron su avance?
- La segunda parte estaba dirigida a la instancia (dirección, oficina o servicio) que el entrevistado representaba. Allí se intentaba establecer qué funciones realizaba y cuáles tenían relación con la Atención Primaria. La finalidad era constatar en qué grado la estructura organizativa y su funcionamiento se adecuaban a la nueva estrategia. Se inquiría allí por los problemas de gestión de la instancia, sus posibles causas y efectos.

(2) Giesecke, Wooton y Cáceres. La administración de los Servicios de Atención Materno Infantil y Población en Lima Metropolitana, Lima, ESAN, Departamento de Investigación, octubre 1982.

Se procedió a seleccionar diversas instancias del Ministerio cuyas funciones las involucraran en la gestión de Atención Primaria y del Proyecto elegido. Se eligió una "cadena jerárquica" de escalones administrativos: Región - Área Hospitalaria - Centro de Salud - Puestos Sanitarios y Comunidades. Para seleccionar esta "cadena" fijamos como criterios:

- a) La inclusión de localidades rurales, dado que la Atención Primaria en el Perú fue concebida inicialmente para dirigirse a la población rural, como principal objetivo;
- b) La cercanía física a Lima, por el corto tiempo y recursos disponibles; y
- c) El que la zona elegida formase parte del área de implementación del Proyecto seleccionado.

Así, se eligió para la observación el eje Callao - Collique - Canta y se incluyó las localidades de Yangas, Cullhuay, Huaros, y San Miguel de Buenaventura.

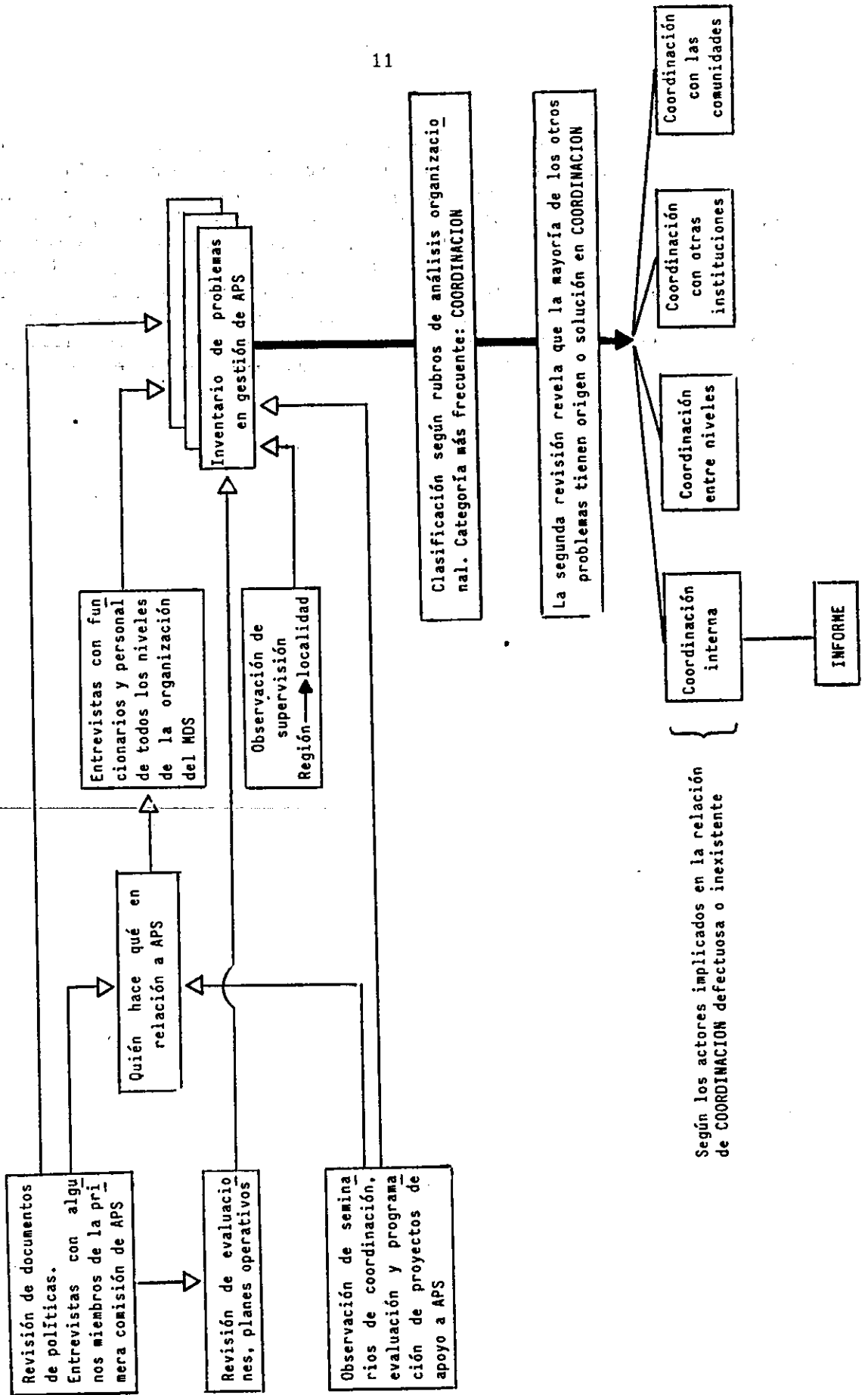
El acompañar a un equipo de la Región de Salud, elegida a una visita de supervisión, fue una oportunidad excelente para observar directamente el desarrollo de una actividad regular del Ministerio. La colaboración de este equipo facilitó enormemente el acceso inicial al personal de los establecimientos de salud, así como a los dirigentes, pobladores y voluntarios capacitados de las comunidades visitadas.

Revisando el material recabado, encontramos que la mayoría de problemas, o bien tenían su origen en fallas de coordinación, o su solución requería establecer más o mejores mecanismos para lograrla. Así, este aspecto pasó a constituir el eje ordenador del análisis de los datos obtenidos. Vistos así, los problemas se aglutinaron en cuatro grandes grupos, teniendo en cuenta las relaciones de coordinación:

- a) Problemas de manejo de la relación del Ministerio con la población en general;
- b) Problemas derivados de la relación del Ministerio con otras instituciones públicas o privadas;
- c) Problemas de relación interna entre las distintas instancias del mismo Ministerio; y
- d) Problemas que tienen que ver con la articulación entre los distintos niveles jerárquicos del sistema organizativo del Ministerio (Nivel Central, Regiones, Áreas Hospitalarias, jurisdicciones de los Centros de Salud, Puestos Sanitarios y las comunidades incorporadas al sistema mediante la estrategia de la Atención Primaria).

Gráfico No. 1

METODOLOGIA DEL ESTUDIO DE BASE DE SALUD



En el texto que sigue solamente se ha desarrollado lo correspondiente a los problemas entre instancias propias del Ministerio, referidos a cada uno de los rubros tomados en cuenta en el análisis de organizaciones, ver Gráfico No. 1. Las descripciones aquí realizadas, como ya dijimos, buscan servir como catalizadores de reflexión y discusión en experiencias educativas de gestión pública. No involucran generalizaciones, interpretaciones ni conclusiones, las que creemos deben ser generadas por los participantes en esas discusiones. Este informe ha sido posible gracias a aquellos funcionarios y trabajadores del sector salud que tan gentilmente nos concedieron su tiempo y atención mientras realizamos el estudio.

I

LA POLITICA

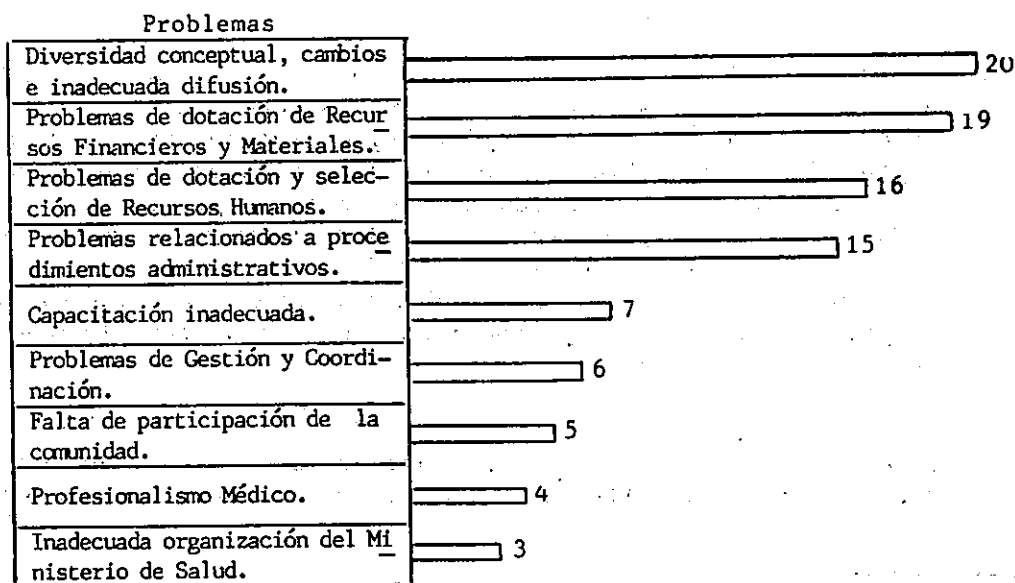
I. LA POLITICA

Entre los problemas que nuestros entrevistados del Ministerio de Salud (MDS) consideran que han obstaculizado el avance de la Atención Primaria, resaltan los referidos a la comprensión del significado de la nueva estrategia, así como la falta de compromiso con dicha política. Ante nuestra pregunta: "¿Qué factores han limitado el avance de la APS?" las respuestas más frecuentes incluían la diversidad conceptual existente, los cambios habidos en la definición oficial de APS y una inadecuada difusión de sus alcances.

El gráfico que sigue muestra esto claramente.

Gráfico No. 2

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS OBTENIDAS SOBRE LOS PROBLEMAS QUE OBSTACULIZAN EL AVANCE DE LA APS



No. de entrevistados = 50

No. de respuestas = 95

Fuente: Entrevistas a Funcionarios y personal de distintos niveles de la estructura jerárquica del MDS.

Establecida así la importancia asignada a este factor, conviene detenernos a examinar qué se entiende por APS.

La Conferencia Internacional sobre APS realizada en Alma-Ata en 1978, la definió de la siguiente manera:

"La Atención Primaria de Salud es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todos y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".

En el Perú, desde al año anterior a Alma Ata, cuando se realizaron diversas reuniones a nivel regional y nacional para preparar la ponencia peruana a dicha conferencia, y hasta hace poco, han estado vigentes diversas definiciones, algunas de las cuales reproducimos a continuación:

"La Atención Primaria es un conjunto de acciones destinadas a resolver en forma integral las necesidades básicas, elementales y frecuentes de la población, expresadas en la demanda espontánea o identificadas por los servicios de salud. Dichas acciones, por su bajo grado de complejidad, pueden ser ejecutadas a través de técnicas sencillas, fundamentalmente por los propios miembros de la comunidad. Las acciones de AP de la salud deben tener preeminencia en el primer nivel (Hogar y comunidad), que constituye la puerta de entrada al sistema". (3)

"Es el conjunto de acciones que por su escaso grado de complejidad, son desarrolladas fundamentalmente por la comunidad

(3) Exposición del Gobierno del Perú en la IV Reunión de Ministros de Salud de las Américas, Setiembre 1977.

en el primer nivel de atención del sistema de servicios de salud (hogar y comunidad dice luego), destinadas a resolver en forma integral, con participación multisectorial, las nece básicas, elementales y frecuentes de salud". (4)

"Es un conjunto de actividades sencillas y permanentes para atender las necesidades básicas de salud, de carácter recupe rativo, promocional y de protección, ejecutadas por la fami lia o por miembros capacitados de la comunidad y que contribu yen al desarrollo integral de la comunidad". (5)

"Atención Primaria de Salud es el conjunto de acciones desarro lladas por la comunidad con el apoyo y asesoramiento del Esta do y dirigidas a satisfacer sus necesidades básicas de salud, como parte de su desarrollo, mediante el uso de sus recursos y los que el Estado u otras fuentes le asignen, y administra dos por su propia organización". (6)

"La Atención Primaria es el conjunto de acciones que realiza la comunidad con el apoyo del sistema formal de Servicios de Salud, para satisfacer sus necesidades básicas de salud". (7)

"La APS en el Perú es la estrategia fundamental para extender la cobertura de servicios a toda la población del país... debe entenderse ... como el conjunto de dos tipos de activida des estrechamente coordinadas: las que emprende y administra

-
- (4) Ministerio de Salud. Proceso de Extensión de Coberturas de Servicios de Salud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad, Informe del Seminario Nacional y Análisis del Proceso Regional, Lima, setiembre 1977.
 - (5) Ministerio de Salud. Proceso de Extensión de Cobertura de Servicios de Salud con la Estrategia de Atención Primaria con Participación de la Comunidad, Informe del Primer Seminario-Taller, Piura, Abril 1978.
 - (6) Ministerio de Salud. Informe sobre Atención Primaria de la Salud, Presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 setiembre 1978.
 - (7) Extensión de Coberturas de Salud Primaria Integral, Convenio del Proyecto entre la República del Perú y los Estados Unidos de Améri ca. Proyecto No. 527-0219, 19 de setiembre de 1979.

la propia comunidad referente a su salud, y las que brindan los servicios básicos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (centros y puestos de salud)..., abarca a toda la población, priorizando el desarrollo de sus acciones en las áreas urbano-marginales y rurales y en los grupos poblacionales más expuestos a los riesgos de enfermar y morir." (8)

"La Atención Primaria es la atención integral de salud desarrollada por la comunidad con el concurso multisectorial, mediante técnicas adecuadas encaminadas a la elevación de los niveles de salud y bienestar. Representa el primer nivel de atención y el contacto inicial entre el individuo, el hogar y la comunidad con el sistema formal de salud, en particular con el Puesto Sanitario y el Centro de Salud, pero asegurando la oportunidad a cada persona de acceder a los niveles más complejos de atención que su estado de salud requiera..." (9)

Una revisión de estas sucesivas definiciones oficiales revela que todas ellas incluyen, con mayor o menor énfasis, los siguientes elementos:

- a) Multisectorialidad: Reconocen los factores económicos, sociales y políticos que determinan (y son afectados por) el estado de salud de la población y que deben modificarse como parte de cualquier esfuerzo por mejorar los niveles de bienestar físico y psíquico. Esto lleva a que la Atención Primaria no se refiera sólo a una estrategia para mejorar los servicios y los índices de salud, sino que se defina como parte necesaria de una estrategia global de desarrollo.

Requiere, por lo tanto, de una acción concertada en las áreas de alimentación, vivienda, saneamiento, educación, etc., e incluye como actores a la comunidad, al Estado, a los profesionales y técnicos, y a muchas instituciones especializadas, tanto nacionales como internacionales.

- b) Equidad: Reconocen que el actual grado de accesibilidad a los servicios de salud por parte de distintos segmentos de la población nacional es sumamente diferenciado. La Atención Primaria de Salud resulta una estrategia redistributiva para extender la cobertura de los servi

(8) Comisión Nacional de Atención Primaria de Salud. Atención Primaria de Salud en el Perú. Lima 1981.

(9) Ministerio de Salud. Resolución Ministerial 0151-83-SA/DVM, 30-6-83.

- cios y los otros beneficios de su aplicación, especialmente a las zonas geográficas y segmentos poblacionales previamente desatendidos y con peores índices de bienestar. En la medida de lo posible, se buscará simultáneamente asegurar el acceso al sofisticado cuidado hospitalario, en los casos necesarios, mediante una eficiente cadena de referencia.
- c) Autoayuda y participación comunal: Entienden que las acciones de cuidado de salud y la atención a los factores que la determinan son, en su mayor parte, realizables por la misma población, con apoyo y asesoría adecuados, y con sus propios recursos. Pero lo más importante es el elemento de autorresponsabilidad o autodeterminación: la comunidad misma (no el Estado, no los proveedores tradicionales de servicios de salud) planifica, programa, ejecuta y administra la implementación de la estrategia como parte de su propio desarrollo como organización. En otras palabras, la comunidad deviene en "tomadora de decisiones".
- d) Descentralización: Como corolario de lo anterior, la Atención Primaria de Salud requiere de una desconcentración de la infraestructura (unidades dispersas más que grandes hospitales), del personal, de los recursos financieros (mecanismos que aseguren su flujo hasta los niveles donde se ejecutan las acciones) y, sobre todo, de la toma de decisiones. Para ello se necesitan sistemas organizacionales para el sector salud que permitan tanto el desarrollo de nuevas funciones como las coordinaciones intersectoriales que se han de realizar en cada nivel de la estructura. Todo esto significa que la Atención Primaria de Salud hace siempre necesario reestructurar el sistema existente, de modo de descentralizar los procesos administrativos y gerenciales, tradicionalmente concentrados en los Ministerios de Salud de todos los países.
- e) Tecnologías simples y de bajo costo: La Atención Primaria de Salud busca satisfacer necesidades básicas elementales y frecuentes de una población, con actividades técnicas efectivas, pero igualmente simples, al alcance de los agentes-usuarios o de los miembros especialmente capacitados de la comunidad (promotores de salud, parteras tradicionales, curanderos, etc.). Los recursos necesarios para ejecutar dichas acciones deben rendir una tasa de costo/beneficio mucho más alta que la generalización de las prácticas "hospitalarias" de cuidado de la salud.

En nuestras entrevistas incluimos la pregunta: "¿Qué busca la APS?" Las respuestas obtenidas confirman lo dicho anteriormente sobre la variedad conceptual existente, que consiste sobre todo en un énfasis diferencial otorgado a sus distintos componentes. Incluimos a continuación algunas de las definiciones ofrecidas por los funcionarios y personal entrevistados. Estas han sido seleccionadas por ser más o menos representativas de la totalidad de los ejemplos obtenidos.

- 1) "Tiene que buscar lograr el desarrollo de una comunidad, desarrollo integral. APS no es salud, una isla, es en todo, es trabajo, vivienda, alimentación. Lograr el desarrollo para ver si algún día se consigue el bienestar del hombre".
- 2) "Extensión de coberturas de atención de salud: hay un gran porcentaje de población a la que no se llega, el mismo Ministro ha señalado esta prioridad".
- 3) "APS no es sólo extender coberturas, sino buscar el desarrollo de los pueblos a través de estas actividades".
- 4) "APS busca la integración del MDS con las comunidades, al igual que con diversos sectores del país, teniendo como finalidad mejorar la calidad de los servicios y permitir que la gente tenga un mayor acceso a ellos".
- 5) "La APS es la entrada al sistema formal de servicios. En algunas zonas, se puede esperar que sea un médico quien atienda pero... por allá, en aquellas latitudes, es un promotor, un hombre de la comunidad el que puede ser la puerta de entrada al sistema formal de salud. Quizás el promotor le solucione el problema, pero de ser necesario puede llegar a un hospital especializado".
- 6) "APS es capacitar a no-profesionales para que den conocimientos a la comunidad para evitar enfermedades, para tratar primeros auxilios y transferir pacientes cuando lo necesiten.
El objetivo de la APS es evitar que los hospitales se llenen de casos evitables por vacunaciones, por ejemplo".
- 7) "... la necesidad prioritaria para el avance de APS, el componente más importante es la alfabetización sanitaria: que la gente escuche nuestro mensaje".
- 8) "APS siempre la he entendido como 'el campo'. Atención fuera de un hospital, de un Centro de Salud o de Posta. Ir a las localidades y realizar atenciones preventivas (charlas, reuniones con autoridades, letrinización, vacunaciones)".
- 9) "APS es capacitar para que ellos mismos (la comunidad) hagan lo que les corresponde en salud y no esperen a que otros se lo hagan".
- 10) "De acuerdo a la política, se busca abaratar el costo de la Atención Médica...".
- 11) "Primeros auxilios".

Es difícil estimar las consecuencias específicas que puede haber tenido esta diversidad conceptual en el desarrollo de la estrategia.

Sin embargo, en nuestra observación de la conducta del personal del Ministerio, tanto en los niveles gerenciales como en los operativos, hemos podido comprobar que muchas actividades realizadas en el marco de los proyectos que apoyan la APS, se apartan bastante de sus postulados.



II

PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

II. PLANES, PROGRAMAS Y PROYECTOS

Una de las propuestas emanadas de la Conferencia de Alma Ata recomienda que los gobiernos que adopten la estrategia de Atención Primaria apliquen, en todos los niveles de su estructura administrativa, "métodos apropiados de gestión para planificar y poner en práctica la atención primaria de salud..." Dicha planificación deberá realizarse tanto en las comunidades como en los niveles intermedios y en el central, con características específicas para cada uno de ellos. Tales características variarán de país en país, según sus tradiciones, capacidades e infraestructura organizativa.

La ponencia conjunta presentada a la Conferencia por los Directores de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de UNICEF (10), incluye varias referencias al rol de los Ministerios de Salud en este aspecto, algunas de las cuales transcribimos a continuación:

"El Ministerio de Salud tiene a su cargo la formulación de la política sanitaria nacional, incluida la correspondiente a la atención primaria de salud, y ha de gestionar su aprobación por el gobierno".

"La estrategia ha de convertirse en un programa nacional de atención primaria de salud..."

(10) Organización Mundial de la Salud (OMS). Fondo de las Naciones Unidas para el Socorro de la Infancia (UNICEF), Atención Primaria de Salud, Informe de la Conferencia de Alma Ata, Setiembre 1978.

"...tener muy en cuenta las técnicas que se van a utilizar, los recursos que se van a emplear, el apoyo que se necesita en los otros niveles y la forma de organizarlo todo para que constituya un todo coherente".

En este sentido, el Ministerio de Salud del Perú había ya nombrado, en 1977, una Comisión Nacional y un Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud. Estos asumieron la responsabilidad de ir formulando la nueva política del sector, logrando que sus lineamientos y objetivos fueran incorporados no sólo a los Planes Operativos de Salud, sino incluso a los Planes Nacionales de Desarrollo. Asimismo, obtuvieron la aprobación, en mayo de 1978, de un Plan de Extensión de Coberturas de Atención Integral de la Salud.

Este Plan no alude a la APS con este nombre. Sin embargo, allí se definen los niveles de atención del Sistema Nacional de Servicios de Salud (11) y se establece un modelo de organización y funciones para los establecimientos y personal de los niveles básicos, que según ese modelo pasaban a ser agentes promotores, asesores y fuentes de apoyo, en general, para el desarrollo de un conjunto de actividades comunitarias que ya se podían identificar -y, de hecho, habían sido identificadas en una serie de eventos y documentos- como componentes de la Atención Primaria.

El Plan mencionaba también, muy a grandes rasgos, sus requerimientos de infraestructura y equipamiento de los establecimientos básicos, los criterios para la selección de localidades y de personal, las necesidades de capacitación y las funciones de supervisión y control que deberían ejercer los otros niveles sobre aquellos establecimientos. Daba también criterios generales para la evaluación de su ejecución. No incluía metas cuantitativas en términos de población a cubrirse o actividades a realizarse, ni mencionaba recursos presupuestados específicamente para su implementación.

Posteriormente, en marzo de 1979, tras la Conferencia de Alma Ata, el mismo Grupo de Trabajo formuló el proyecto y obtuvo la aprobación de un Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud (PNAAPS), descrito brevemente en la introducción de este informe.

A diferencia del anterior, este Plan sí incluía un programa operativo. Se fijaba metas de cobertura para el año 1979, establecía objetivos específicos, así como técnicas a utilizarse para lograr cada uno de ellos, y un listado de actividades. Definía metas cuantitativas para cada una de estas actividades, lo que permitía determinar los indicadores a usarse posteriormente en su evaluación. Además, incluía un presupuesto detallado

(11) Esta definición fue posteriormente modificada, como se verá más adelante, en el capítulo sobre Organización.

por rubros y fuente de financiamiento, para la aplicación del Plan en ese mismo año, así como listados del equipamiento e insumos necesarios para su desarrollo.

Cabe mencionar que durante la elaboración de este Plan se realizaron varios eventos de tipo Seminario-Taller a nivel regional y se hicieron esfuerzos por incorporar al proceso de planeamiento al personal de salud, a representantes de otros sectores y a representantes de organizaciones de base de la población. Esto se logró con limitaciones fácilmente anticipables, dada la novedad de la situación. También en la fase inicial de formulación de la política, entre 1977 y 1978, se utilizaron tácticas de promoción a la participación de la colectividad.

Vemos, entonces, que en el Perú, en un corto plazo, se hicieron efectivas las recomendaciones de Alma Ata anteriormente citadas, respecto al rol que debiera adoptar el Ministerio en lo referente a la formulación de políticas, planes y programas de APS.

Por otro lado, tenemos que, desde los inicios de la promoción de la APS por parte de los organismos internacionales de salud, se asumió que la cooperación técnica internacional debería jugar un rol muy importante en el desarrollo de esta estrategia mundial para el logro de "Salud para Todos en el Año 2000" (el conocido lema o "slogan" vinculado a la APS). El Informe presentado por los Directores de la OMS y UNICEF, en Alma Ata, establecía una de las características deseables de esa cooperación, en los siguientes términos:

"la participación internacional en la Atención Primaria de Salud debe orientarse hacia el apoyo de los programas nacionales de Atención Primaria..." (subrayado nuestro).

El Proyecto GOP/AID 527-0219 (P219) se empezó a diseñar casi simultáneamente al proceso de formulación del PNAAPS, aunque sin la participación directa de los miembros del Grupo de Trabajo que elaboraron dicho Plan. Existen discrepancias entre algunos de sus integrantes y quienes participaron en el diseño final del P219, respecto al desconocimiento que pudiera haber existido sobre la elaboración del Plan.

Se avecinaban, entonces, elecciones nacionales, tras 12 años de gobierno militar, y todo hacía suponer a la agencia financiadora (y quizás también a algunos miembros de la Comisión Nacional de la cual dependía el Grupo de Trabajo) que el PNAAPS incluía una sustentación ideológica que lo haría inaceptable ante la siguiente administración. Había, además, diferencias claras entre el Grupo de Trabajo y la agencia financiadora respecto a la deseabilidad de incluir actividades de planificación familiar como parte del Plan y del proyecto. Esto generó tensiones y discrepancias, y la no-mención del PNAAPS en el primer proyecto que se diseñó, supuestamente, para apoyarlo.

A pesar de ello, el P219, cuyo convenio fue suscrito por AID y el Gobierno Peruano en setiembre de 1979, representaba claramente un apoyo al Plan o Programa. Sus diversos componentes (ver el Cuadro No. 1, p.) incluían financiamiento y asistencia técnica para posibilitar la ejecución de gran parte de sus actividades: equipamiento y dotación de medicamentos a los puestos sanitarios, capacitación de personal auxiliar y de voluntarios de la comunidad, insumos para educación comunitaria, apoyo administrativo, etc. Algunas actividades incluidas en el PNAAPS no lo estuvieron en el Proyecto; tal es el caso de la capacitación de líderes comunales, el apoyo nutricional a gestantes, púerperas y niños de alto riesgo, y los proyectos de desarrollo productivo local. No obstante, su inclusión en el PNAAPS y la disponibilidad de recursos del Tesoro Público y otras fuentes, podrían permitir su ejecución.

Respecto a la adecuación del Proyecto al Plan, es decir del P219 al PNAAPS, reproducimos a continuación las opiniones divergentes de cuatro personas que tuvieron destacada participación en la elaboración del PNAAPS y/o del Proyecto:

"El Proyecto 219 es incoherente con el PNAAPS. Este privilegia lo preventivo, pero el Proyecto da prioridad a lo recuperativo, porque pone énfasis en los establecimientos de salud que no hacen más que acciones recuperativas. El 219 no pone un centavo para proyectos productivos que inciden en el desarrollo de la comunidad. La capacitación que se hace está más dirigida a personal de nivel central que al de base. El 219 no capacita líderes comunales...: el Ministerio de Salud, a diferencia del Grupo de Trabajo, quiere seguir teniendo la sartén por el mango".

"No existen diferencias entre el P219 y el PNAAPS, pues aquél se elaboró en base a éste. Esto, a nivel del Convenio; otra cosa es la administración del Convenio. Con el cambio de gobierno, AID puede manipular mejor e impone condiciones, de más énfasis al control de la natalidad y "regionaliza" el convenio que era de nivel nacional".

"El P219 fue elaborado sobre la base del anteproyecto del PNAAPS, un borrador de 20 páginas... neutralizando su contenido político, pues queríamos que sobreviviera al cambio de gobierno... La gente del Grupo de Trabajo era muy politizada, antiimperialista de SINAMOS... Querían financiamiento, pero no aceptaban pautas sobre cómo gastar el dinero... Acabaron aceptando".

"El Convenio nos fastidió porque:

- a) imponía importaciones superfluas (medicinas, bicicletas que luego hubieron de regalarse al puericultorio...)
- b) se quería que a nivel de Atención Primaria sólo se diera información sobre Paternidad Responsable y que la información sobre métodos anticonceptivos se diera en los centros de sa lud... aunque creo que pudimos imponernos.
- c) fue aprobado sin que conociéramos su contenido.
- d) no queríamos asesores extranjeros para el trabajo de cam po".

Pocos meses después, tras la transferencia de gobierno, el PNAAPS dejó de tener vigencia y las actividades y proyectos de apoyo de Atención Primaria que se han ejecutado desde entonces apoyan una estrategia definida sólo conceptualmente. Una nueva Comisión Nacional de Atención Primaria constituida en 1980 elaboró el documento Atención Primaria en el Perú, que consiste en la "exposición de las bases conceptuales y metodológicas" de la APS, pero que no equivale a un programa en el sentido usual del término, esto es, la traducción en términos operativos concretos de las proposiciones estratégicas que se derivan de una política, con fijación de actividades, responsabilidades, presupuestos y metas. Por el contrario, allí se sostiene, precisamente; que la APS "debe entenderse como un modelo de aplicación y coordinación de los programas de salud y desarrollo, y no como un programa independiente".

Entonces, ¿cuáles son esos programas de salud y desarrollo que la APS "coordina"? ¿Existe un programa integral donde sus diversos componentes hayan sido incluidos coherentemente?, o ¿ha sido la APS incorporada a los demás programas del Ministerio? Preguntamos ésto a funcionarios de todos los niveles organizacionales del MDS. Las opiniones vertidas, como podemos ver, tienen cierto rango de variabilidad:

- a) Hay quienes admiten tajantemente que no existen verdaderos programas en el Ministerio:

"Hasta ahora los programas son meras declaraciones".

- b) mientras que otros sostienen que son de naturaleza informal, incompleta o improvisada:

"Sí existen programas, lo que pasa es que no están explicitados en un documento".

"Sí existe un programa nacional de salud materno-infantil; no tiene metas ni actividades señaladas, pero existe".

"Hay un plan sectorial que dice estar basado en programas locales que incorporan las necesidades reales de la población, pero sabemos que esos programas locales no existen".

c) Alguno los identifica con los procedimientos presupuestales:

"Sí existen programas; existen aperturas programáticas por las cuales se establecen metas".

d) Varios funcionarios confundieron inadvertidamente los planes operativos de los proyectos con un programa de atención primaria o de salud materno-infantil, que, además, "nadie conoce porque están en los cajones de los directores".

e) Mientras que varios reconocen la existencia problemática de esa confusión, con afirmaciones como las siguientes:

"Cada proyecto busca o tiene su propio programa"

"Hay un programa materno-infantil para cada proyecto".

Veamos algunos de los efectos de esta carencia de programas en el Ministerio, tal como los perciben sus funcionarios o como pudimos observar directamente:

- El personal operativo desconoce los objetivos de ciertas actividades o no percibe su pertinencia en el lugar donde se desempeña y por lo tanto, no las realiza.

- El personal de salud ignora la relación existente entre una actividad y otra. Ejecuta acciones que le son fáciles o agradables de realizar y omite cumplir funciones de igual o mayor importancia.

- La falta de programas locales permite que frecuentemente la supervisión se centre sobre la realización de actividades que son componentes de los proyectos individuales que financian la supervisión, y no sobre la totalidad de acciones que debiera realizar un establecimiento. También, pueden enfatizarse sólo partes aisladas de un proyecto y no todo el conjunto.

- Algunas actividades que debe realizar el Ministerio rutinariamente son consideradas "propias" de ciertos proyectos y las realiza únicamente la Dirección responsable de dicho proyecto, mientras dura y fluye el financiamiento.

Este conjunto de problemas, derivados de la falta de programación, afecta el logro de los objetivos directos o inmediatos de los proyectos de salud. Existe otro tipo de efectos negativos, debidos a la misma razón (ausencia de programas) que se refieren a objetivos de desarrollo organizacional del Ministerio o al desarrollo de su capacidad gerencial. Por ejemplo:

- Frecuentemente, se ejecutan de manera simultáneamente, en las mismas

áreas, varios proyectos de salud. Al no coordinarse su ejecución, mediante un proceso de programación, la evaluación del cumplimiento de los objetivos de cada uno de ellos se hace poco menos que imposible. Como consecuencia de ello se reduce la posibilidad de usar la evaluación de esas experiencias como un insumo en el diseño, ampliación o renovación del conjunto de actividades del Ministerio.

- Es difícil determinar las especificaciones para el desarrollo de un sistema de información adecuado para el sector.
- La falta de programas dificulta la relación con instituciones de otros sectores, cuya colaboración resulta indispensable para el avance de la Atención Primaria.
- El proceso de asignación de recursos presupuestales no puede realmente estar basado en la integración de programas locales, ni de los distintos programas verticales que ejecuta el Ministerio.

En el transcurso de nuestro estudio no nos fue posible observar directamente el procedimiento regular de planificación y elaboración de programas. Por eso decidimos incorporar a este informe, a modo de conclusión del presente capítulo, algunas observaciones hechas durante los seminarios de reprogramación del P219, realizados en Lima y Callao en junio de 1984. Nuestra presencia allí nos permitió advertir problemas que demoraban o impiden la elaboración y/o aprobación de los planes operativos y de los proyectos. Estos problemas posiblemente se repetirían en cualquier otro plan o programa que se quisiera elaborar en el Ministerio.

Una condición previa al desembolso de los fondos de la AID para la ejecución de los proyectos de apoyo a la APS, era que el MDS presentara planes operativos que detallaran las actividades de responsabilidad del nivel central, por meses, e indicaran los requerimientos financieros para llevarlas a efecto. Asimismo, era necesaria la presentación de planes regionales que incluyeran sus metas programáticas y los presupuestos solicitados, además de otros aspectos de apoyo administrativo para asegurar una fluida ejecución de los proyectos.

Un integrante del primer Grupo de Trabajo de Atención Primaria del MDS, opinaba que la metodología requerida por AID para los planes operativos era:

"más funcional que la nuestra: la gente de las regiones donde se ejecutaba el proyecto sabía cuándo debía realizar una actividad, cuánto debía gastar y de dónde sacar el dinero".

Las directivas entonces existentes en el MDS para la programación regional no especificaban por ejemplo, el tiempo durante el cual se debía eje

cutar una actividad. Además, el MDS tenía la costumbre de programar desde el nivel central, cosa que se contradecía con el modelo de programación "desde la base" que requería la APS. Las normas de programación regional que emitía el nivel central, por ejemplo, no estaban elaboradas teniendo en cuenta las reales capacidades y limitaciones de las regiones y áreas ejecutoras. Si a esto se sumaba la tendencia a aplicar normas sin previa adaptación local, se puede deducir que la programación era más un ritual observado que un instrumento operativo.

Visto de este modo, la exigencia de AID de planes operativos regionales podría redundar en beneficio del MDS. Era una oportunidad concreta de capacitación en programación, que aunque sólo tuviera que ver con los proyectos, podía influir positivamente en la elaboración del resto de programas a nivel regional. Sin embargo, durante gran parte del tiempo de vigencia del P219, las "Cartas de Ejecución" han tenido que suplir a los planes operativos como condición previa al desembolso de fondos, porque los planes no fueron oportuna ni aceptablemente formulados.

Para superar este problema, se ha recurrido a convocar eventos extraordinarios tales como los seminarios mencionados, donde se busca convenir a las regiones y áreas de la necesidad de una programación real y oportuna, a la vez que brindar capacitación y asesoría para una correcta elaboración de los planes operativos de los proyectos. Describiremos brevemente la dinámica observada en uno de esos Seminarios.

En febrero de 1984, el nivel central había dado directivas y solicitado a las regiones que enviaran planes operativos del Proyecto 219. Se pidió que esto se hiciera a la brevedad posible, para que una revisión señalara las correcciones que se harían durante los seminarios. Sin embargo, según nos informó la coordinadora del proyecto, de las 14 regiones donde éste opera, sólo 9 cumplieron a último momento (junio) con esta indicación, no dando tiempo para elaborar observaciones por escrito que guiaran la revisión que debían hacer los equipos que participaron en los seminarios.

Por otro lado, en un primer momento se previó la necesidad de 5 días de trabajo para hacer una reprogramación adecuada y correcta, precedida de la evaluación de lo ejecutado. Sin embargo, el tiempo fue reducido drásticamente, a petición de una organización extranjera y con la aprobación de la dirección responsable. Los dos primeros días del seminario se dedicaron a la difusión de la noción de "Riesgo Reproductivo" y a la revisión de los riesgos y beneficios de la tecnología contraceptiva actual. Sólo los tres días restantes se dedicaron a la revisión de los planes operativos elaborados por las regiones.

Esto trajo serias consecuencias en el proceso de la revisión de la programación. Una de las más importantes fue que los equipos de las regiones que asistieron al seminario, estuvieron conformados teniendo en cuenta su vinculación al tema a tratar en los primeros 2 días y en muchos

casos no asistieron los verdaderos responsables de la programación de los proyectos.

También pudimos constatar que, en varios casos, los borradores de los planes operativos habían sido elaborados por personas de las distintas Areas Hospitalarias que no participaban en el equipo de apoyo a APS y que no conocían los proyectos. Estos planes tuvieron que ser desechados por completo.

En otros casos, fueron obra de una sola persona que no consultó ni coordinó con los que posteriormente serían responsables de ejecutar las acciones; es decir, los miembros de equipos de apoyo a la Atención Primaria existentes en Areas Hospitalarias y Regiones. Tampoco coordinaron con quienes debían vigilar el cumplimiento de normas relativas al uso de los recursos disponibles, el personal de administración o contabilidad. Algunos participantes nos manifestaron que cuando ni ejecutores ni controladores participan en la elaboración y revisión de un plan operativo, no es sorprendente que su nivel de ejecución sea mínimo ni que se desconozca su existencia a nivel operativo.

Por otro lado, en el seminario se evidenció una absoluta falta de unidad de criterios para la elaboración de los planes operativos. La reprogramación de actividades era decidida sin tener en cuenta la evaluación de lo ejecutado anteriormente y sin decidir qué hacer para superar los "factores retardadores" señalados. Asimismo, la parte diagnóstica de los planes operativos, que debe sustentar la necesidad de ejecución de determinadas actividades, es por lo general un ejercicio aparte, desligado de la programación propiamente dicha. La falta de datos e información en general agudiza este problema y el resultado es que no se puede medir el impacto que están provocando los proyectos en la situación de salud. Los planes operativos se elaboran al margen de esto.

Las directivas para guiar la reprogramación añadían confusión, pues los responsables de dictarlas no estaban de acuerdo entre sí sobre las indicaciones que debían dar a las regiones. Por ejemplo:

- Un director del Nivel Central indicaba a los equipos de las regiones que programaran sus actividades sin tener en cuenta el techo presupuestal previamente fijado, porque había fondos de la contrapartida que respaldarían lo reprogramado.
- Los participantes señalaban que era absurdo programar más actividades si es que anteriormente no habían podido ejecutarlas por no disponer oportunamente de fondos.
- Otros asesores del Nivel Central indicaban que se debía programar lo que "realmente" pudiera ejecutarse, que había que ceñirse al techo presupuestal fijado y no sobrepasarlo.

Estas contradicciones generaban en algunos equipos una confusión paralizante.

Los más activos de los participantes, de otro lado, se limitaron a llenar cuadros con números de acciones proyectadas, como un ejercicio aritmético cuya única guía eran las normas generales, cuando éstas eran conocidas. Por ejemplo, si la norma era visitar localidades 12 veces al año para supervisar los puestos sanitarios o los recursos humanos capacitados de la comunidad, se multiplicaba el número de visitas por el número de localidades, sin considerar los factores que hacen utópica esa meta, ni la experiencia habida en el programa de supervisión. Si había una lista de cursos de capacitación posibles de financiarse mediante los proyectos, se programaba uno de cada tipo, sin considerar la disponibilidad de personal docente, ni su relevancia para las necesidades de capacitación, enumeradas, en algunos casos, en la parte diagnóstica del plan. A pesar de que se indicó que había que listar los criterios cualitativos usados para determinar las necesidades, esto no se hizo.

En fin, la reprogramación se limitó a un listado de actividades que trataba de ajustarse a la cantidad de fondos -que se anticipaba era posible obtenerse de los proyectos- más que a las necesidades percibidas, a los objetivos de la Atención Primaria o a la real capacidad operativa para llevarlas a cabo. Casi 4 meses más tarde, a pesar de las correcciones efectuadas en sus respectivas sedes, los planes operativos no habían sido remitidos por el nivel central a AID, por considerarlos aún defectuosos.

III
ORGANIZACION

III. ORGANIZACION

Las estructuras, distribución de funciones y procedimientos de una organización tienen como finalidad asegurar el cumplimiento eficaz y eficiente de sus objetivos. Si se cambian esos objetivos, o se introduce una nueva estrategia para su logro, lo común es que todos esos elementos organizativos se tengan que cambiar o adecuar gradualmente.

La organización de los servicios que ofrece el MDS, se estructura en base a tres niveles, diferenciados por el grado de complejidad del servicio de salud que brindan. El primer nivel incluye la atención brindada en el hogar por los miembros de la familia, y la brindada a la comunidad por personal voluntario capacitado y por Puestos Sanitarios y Centros de Salud del Ministerio. En el segundo nivel se colocan los servicios ofrecidos por los hospitales locales; cuya función es atender los casos más complicados o graves referidos desde los establecimientos correspondientes al primer nivel. La atención que brindan los establecimientos del tercer nivel es mucho más especializada y compleja. En este nivel se ubican los servicios de los hospitales especializados y hospitales regionales.

El canal de entrada a este sistema de servicios escalonado está en el primer nivel, donde se desarrolla la APS. Desde allí se deben referir a los pacientes que requieren de una atención más sofisticada a los otros niveles. Para ello, el sistema debe contar con mecanismos de envío de casos de un nivel a otro, conforme sea requerido.

A cada uno de estos niveles de atención corresponde una instancia administrativa:

Primer nivel - Centro de Salud

Segundo nivel - Area Hospitalaria
 Tercer nivel - Región de Salud

Existe, además una entidad central, que tiene como funciones principales formular la política de salud de acuerdo a los objetivos estratégicos asumidos y normar el funcionamiento de la totalidad del sistema de servicios de salud.

Cabe anotar que esta definición de niveles de atención ha sido una de las fuentes de problemas para el avance de la APS. El Grupo de Trabajo que elaboró el PNAAPS, incluyó en el primer nivel a la comunidad solamente y proponía que la mayor parte de recursos destinados a APS, fueran adjudicados directa y exclusivamente a las comunidades participantes en el Programa.

Posteriormente se incluyó a los Puestos Sanitarios y Centros de Salud, lo que ha significado, según algunos, que la mayor parte de los recursos materiales, humanos y financieros destinados a APS hayan sido absorbidos por los establecimientos del sistema institucionalizado del MDS. Esto también puede haber inhibido el desarrollo del rol de gestión que le correspondía a la comunidad en esta estrategia.

La evaluación de las actividades de APS realizada por la Comisión Nacional en 1982, concluyó que:

"Las limitaciones al desarrollo de las actividades de APS radican esencialmente en las deficiencias de la organización administrativa del Ministerio de Salud, cambios frecuentes en su estructura y lineamientos de política".

Encontramos ecos y anticipos de esto en diversos documentos del Ministerio, que aluden, por ejemplo, a que:

"...la estructura organizativa a nivel central, regional y local aún no responde a los objetivos y políticas nacionales y sectoriales de Salud"

y a la necesidad de una:

"...redefinición funcional técnico-administrativa"

Lo corroboran, en fin, los funcionarios entrevistados, que al expresar sus opiniones sobre el avance de la APS, indicaron la organización

del MDS, como una de las causas de su lento desarrollo:

"Se ha conseguido poco, porque la organización y funcionamiento del MDS no se ha afianzado y, en consecuencia, como la estrategia está sobre este aparato, no ha conseguido sus metas".

La actual estructura organizativa del Nivel Central (ver organigrama gráfico No. 3) refleja la gran diversidad de criterios tomados en cuenta para su conformación. Así, si observamos por ejemplo, la estructura orgánica de la Dirección General de Servicios de Salud (ver Gráfico No. 4), vemos cómo sus direcciones ejecutivas responden en un caso a un grupo etéreo (DSMIP), en otro a patologías diversas (Epidemiología); una dirección es una enfermedad específica (Bocio), dos son actividades técnicas o administrativas (DPE y DODS) y otra es un proyecto particular (DAP); etc. Es fácil imaginar la dificultad de establecer límites más o menos precisos entre estructuras así conformadas y, más aún, poder determinar y normar las interrelaciones que deben existir entre ellas. No sorprende, entonces, que entre los obstáculos de tipo interno que han impedido una mejor gestión de la Atención Primaria, los funcionarios entrevistados mencionaran repetidamente la superposición de funciones existente en el Ministerio. En el Gráfico No. 5 hemos unido con líneas punteadas aquellas direcciones que ellos señalaron como afectadas por esta situación. La falta de Manuales de Organización y Funciones y de Manuales de Procedimientos vigentes (12) no nos permite tener organigramas funcionales que respalden esta afirmación. Sin embargo, el que no se formulen y/o aprueben esos manuales es posiblemente consecuencia de la duplicación y traslape que se dan en la realidad y que ningún proceso de racionalización administrativa podría condonar.

Si bien esta situación no ha sido creada por los proyectos de Atención Primaria, se percibe que ha sido agravada por ellos, pues el dinero de los proyectos con que cuentan algunas direcciones ha conducido a la hipertrofia de éstas, en algunos casos, o su mera supervivencia, en otros.

Esto confirma lo que sostienen nuestros entrevistados sobre la inadecuación básica de la estructura formal del MDS para la implementación de la APS, y que aún no se ha hallado una manera de reestructurarla.

Otro indicador de esta situación es la proliferación de comisiones

(12) En mayo de 1984, la Dirección General de Atención a las Personas, la Oficina de Infraestructura Física, la Dirección de Farmacia y la Oficina de Personal no tenían manuales de organización y funciones aprobados por la Dirección General de Servicios de Salud. Asimismo, sólo 6 de las 17 regiones de Salud los tenían, según el Plan Sectorial 84-85.

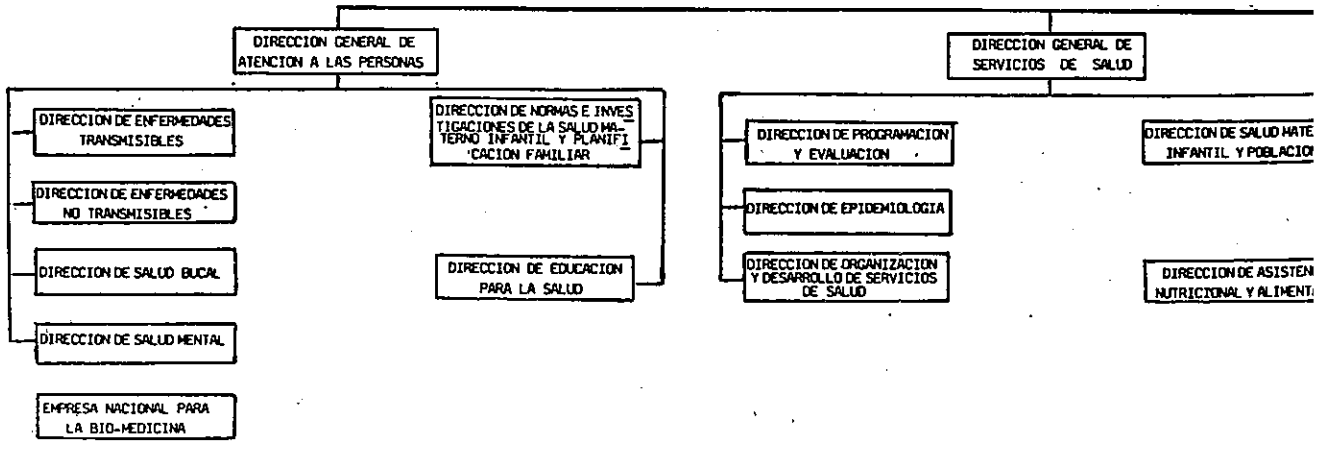
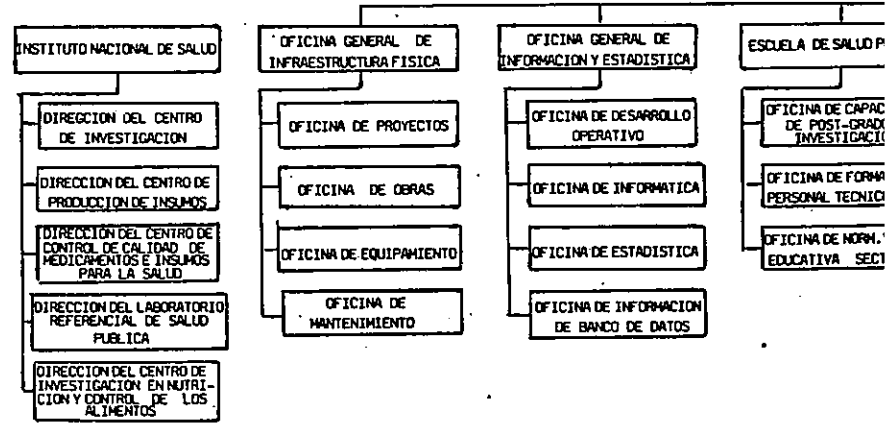
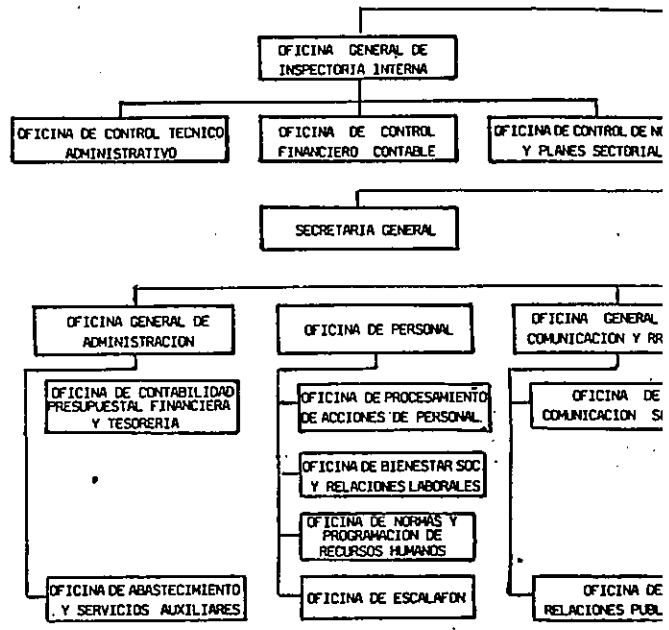
ad-hoc para "solucionar" cierto tipo de problemas que han obstaculizado el desarrollo de la APS. Muchos de esos problemas fueron originados por las dificultades de coordinación entre estructuras, cuyos territorios de acción y decisión no están claramente delimitados. Ejemplos de esto son los siguientes:

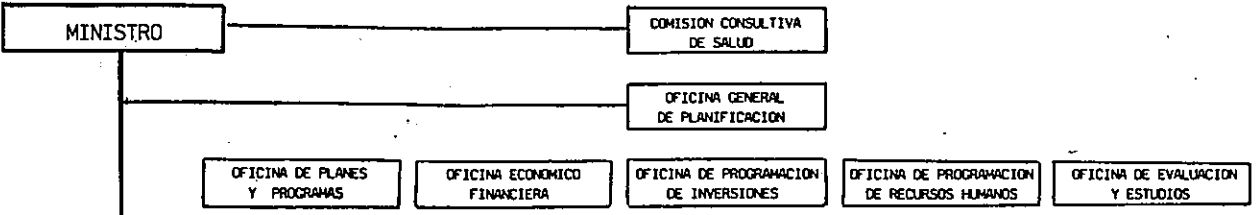
- a) Hay una comisión para revisar los currícula de capacitación del personal comunitario al interior de la Dirección de Salud Materno Infantil, y otra, para lo mismo, constituida por personal de la Dirección General de Servicios de Salud, la Dirección General de Atención a las Personas y la Escuela de Salud Pública.
- b) Recientemente se formó una comisión de coordinación, para desarrollar un modelo de programación local, en la que no estaba representada la Dirección de Programación y Evaluación (DGSS) ni la Oficina de Planes y Programas (de la Oficina de Planificación).
- c) Para decidir sobre la propuesta de creación de una oficina administrativa al interior de la DGSS, se formó una comisión en la cual aquella no estaba representada.

Pero como dijo algún funcionario, "...las comisiones para solucionar problemas se vuelven un problema más". Esto es debido, en parte, a que usualmente sólo tienen funciones de estudio y asesoría, mas no cuentan con el tipo de respaldo que les daría carácter resolutivo a sus propuestas.

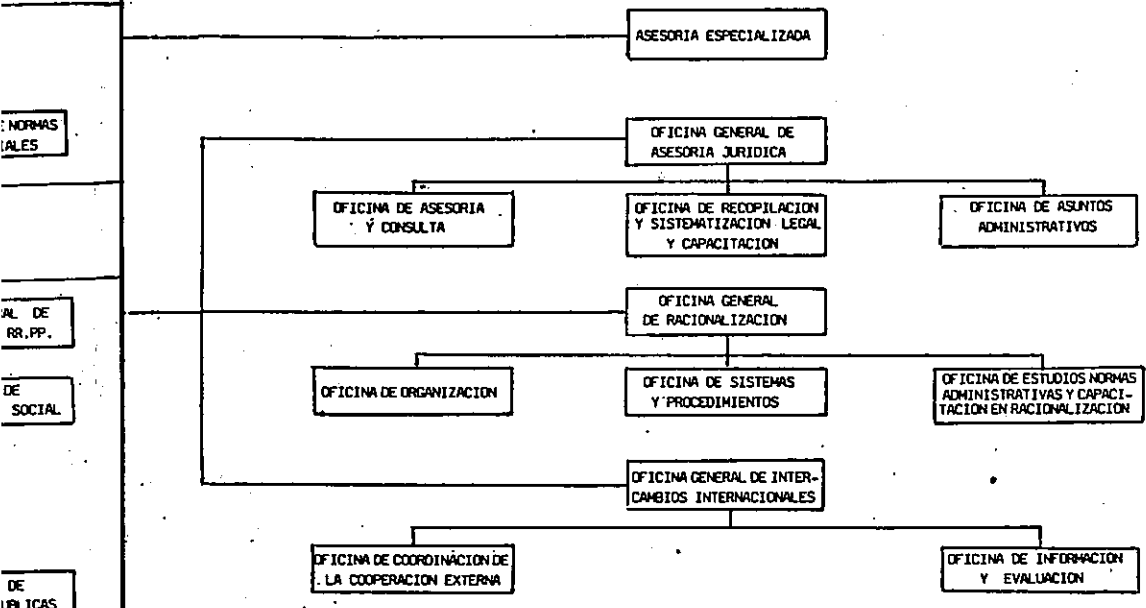
La distribución de funciones individuales, específicamente de aquellas que influyen sobre el desarrollo de los proyectos que apoyan APS, reproduce lo que se ha mostrado anteriormente.

Es común encontrarse en una instancia con que sólo una persona conoce los proyectos que se están ejecutando en la zona de influencia y al mismo tiempo tiene a su cargo labores de programación, coordinación, supervisión, manejo de fondos, etc. A pesar de que esto representa una sobrecarga para cualquier individuo, encontramos que hay cierta reticencia a distribuir responsabilidades y que sólo se recurre a un sistema de delegación informal, bajo circunstancias extraordinarias y bajo presiones del tipo "plazo de cumplimiento". En estas circunstancias, lo más probable es que se delegue la función no a quien pueda cumplirla mejor, sino a aquella "persona de confianza" que esté disponible al momento. Por ejemplo, hemos encontrado a personal del Nivel Central o de Regiones que casi no conocían el proyecto 219, asesorando a los de Areas Hospitalarias en la reprogramación del proyecto. A esto se sumaba que quienes fueron enviados al seminario de programación no eran los que desempeñaban cargos con responsabilidad sobre la planificación ni la ejecución de las actividades de APS, que se estaban allí programando. La mayor parte de los profesionales de salud, como veremos más adelante, carecen de la experiencia suficiente en la realización de actividades de promoción y prevención sanitaria.

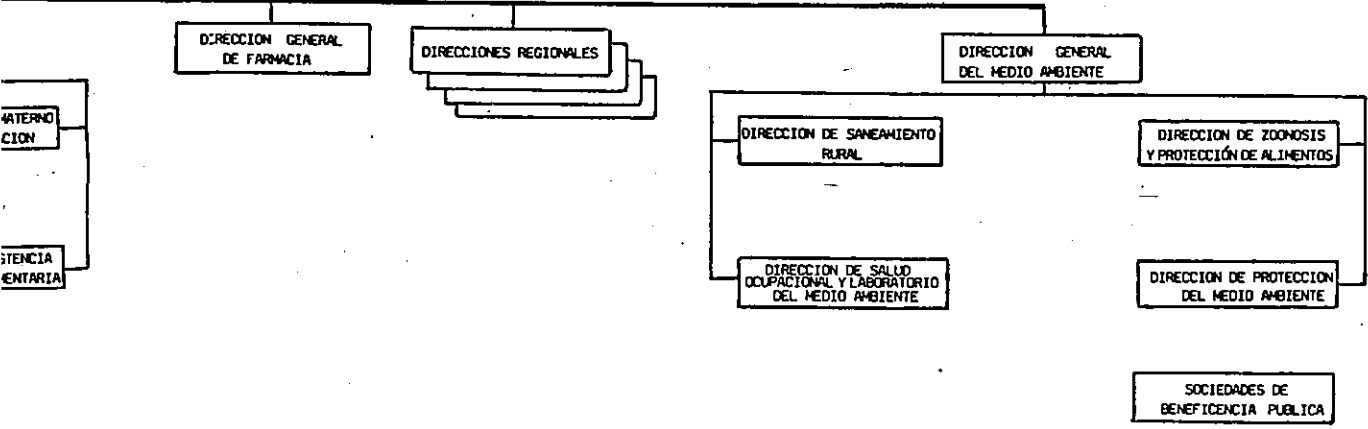




VICE-MINISTRO



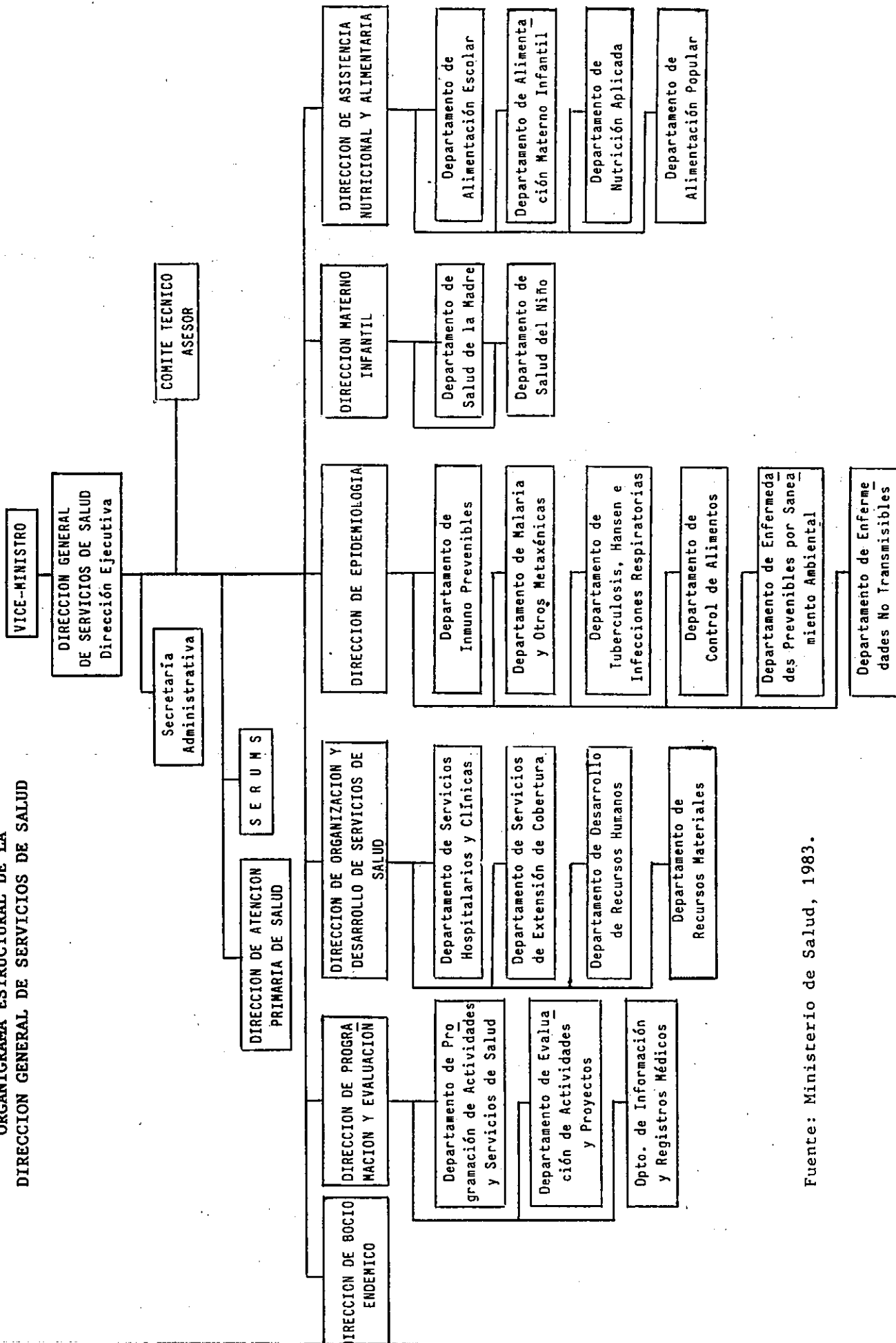
- NORMAS LEGALES
- AL DE RR.PP.
- DE SOCIAL
- DE UBLICAS
- IO PUBLICA
- PACITACION RADO E AACION
- IRVACION DE NIDO Y AUX.
- RN. Y COORD. SECTORIAL



- ATERNO CION
- STENCIA ENTARIA

Gráfico No. 4

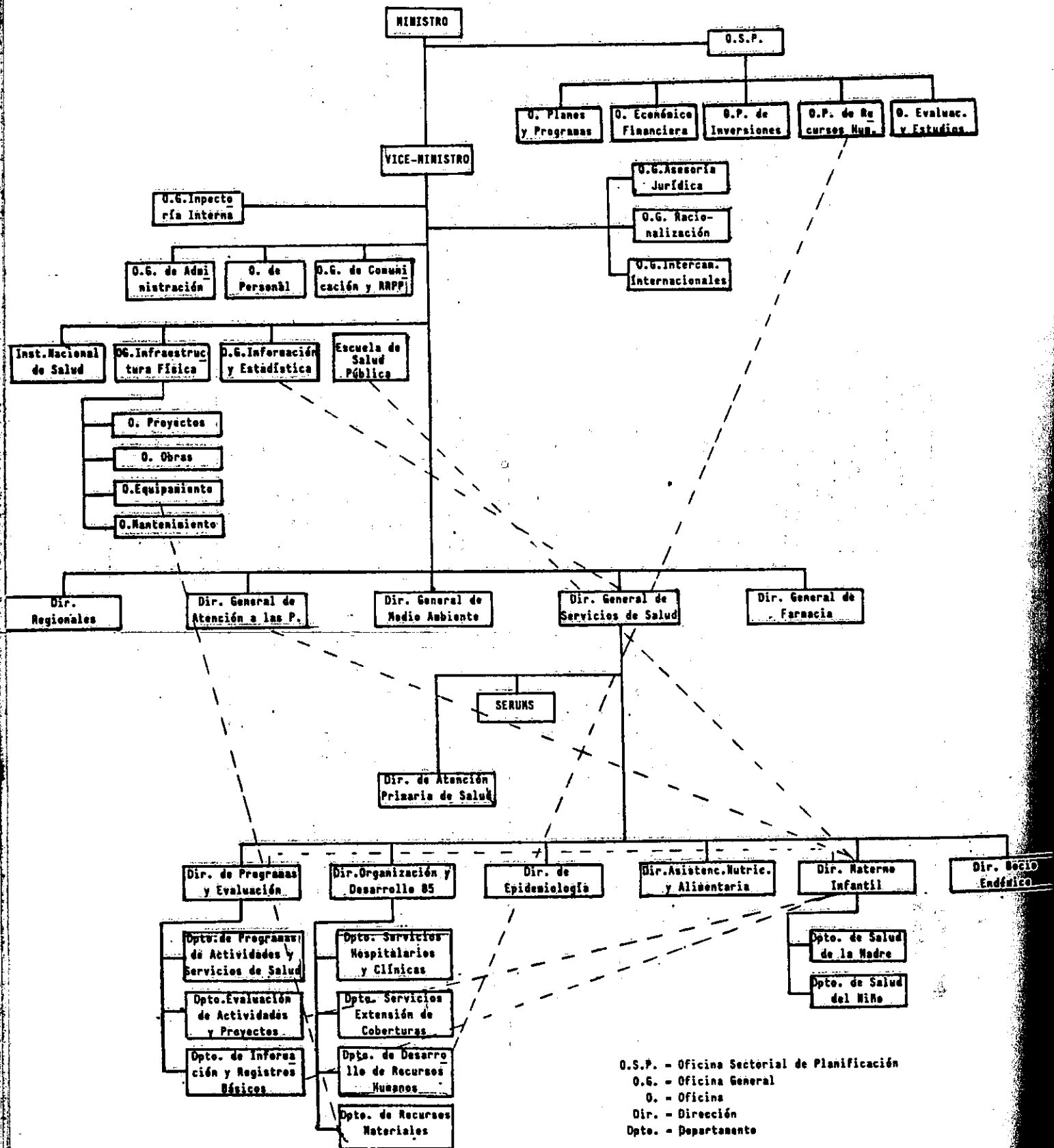
ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL DE LA
DIRECCION GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Ministerio de Salud, 1983.

Gráfico 5

SOBREPOSICION DE FUNCIONES EN EL MINISTERIO DE SALUD



O.S.P. - Oficina Sectorial de Planificación
 O.G. - Oficina General
 O. - Oficina
 Dir. - Dirección
 Opto. - Departamento

Fuente: Ministerio de Salud, Ley Orgánica de Sector Salud, Ministerio de Salud, 1983.

Elaboración: Propia.

ria, como para poder decidir el volumen y tipo de acciones necesarias, ni asignar o solicitar los recursos requeridos por ellos.

En resumen, la base de muchos de los problemas que han obstaculizado el avance de la APS y la ejecución de los proyectos que la apoyan, está constituida por una estructura organizacional y un estilo de asignación y delegación de funciones y responsabilidades que no facilitan el establecimiento de mecanismos regulares y sostenidos de coordinación interna.

Veamos ahora cómo opera esta estructura.

La práctica normal del MDS, cuando quiere cumplir ciertos objetivos, es asignar la responsabilidad de las acciones necesarias a una estructura determinada. Estas suelen desarrollar algún tipo de programa de corte vertical y establecer cadenas relativamente "autónomas" de planeamiento, ejecución y control de sus actividades.

Cuando se habló de APS, sin embargo, por tratarse de una estrategia que debe permear todos los programas y todas las instancias del Ministerio (y de otras instituciones), no se consideró conveniente crear una estructura ad-hoc ni designar formalmente a una instancia como responsable de su gestión. Así, al revisar el proyecto del primer Plan Nacional de Apoyo a la APS formulado en 1979, se ve que no hay una asignación específica de responsabilidad sobre su manejo a ninguna instancia del Ministerio. En la versión para el mediano plazo 1980-83, sólo se indica al Grupo de Trabajo de APS y a la Dirección de Supervisión, ambos de la Dirección General de Programas de Salud, como responsables de la supervisión de sus actividades, y se menciona la colaboración de la Oficina Sectorial de Estadística e Informática en el diseño de un sistema de información apropiado.

Antes bien, se fomentó la creación y capacitación de grupos multidisciplinarios de apoyo en cada uno de los niveles estructurales de la organización (nivel central, regiones o ámbitos administrativos, áreas hospitalarias).

Los grupos funcionales de áreas y regiones tenían responsabilidades sobre la difusión del Plan Nacional de Apoyo a la Atención Primaria de Salud, la promoción de la participación comunal, la capacitación de líderes y otros recursos humanos de la comunidad, la supervisión y la asesoría a las organizaciones comunales en todas las actividades que ellas mismas deberían realizar (tales como el diagnóstico situacional, programación de actividades de salud y de proyectos locales de desarrollo, evaluación de lo efectuado, etc.). Se pensaba que no era deseable que esos grupos de apoyo se convirtieran en una estructura burocrática más, sino que involucraran a personas provenientes de diferentes instancias de la organización, de modo que fueran sirviendo como canales de difusión o concientización de la nueva política al interior del Ministerio.

Fue con criterios similares que se formó el Grupo de Trabajo de APS en el Ministerio, en los meses anteriores a la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, de preparación para Alma Ata. A este grupo se le encomendó analizar las experiencias de las diversas regiones en materia de APS; plantear soluciones a las limitaciones encontradas; supervisar, asesorar y coordinar las acciones en curso; y, finalmente, elaborar un Plan Nacional para extender coberturas mediante la estrategia de APS. Todo esto suponía un trabajo paralelo de elaboración y difusión conceptual, y de participación en la formulación de la política sectorial (13).

Sin embargo, la naturaleza no-estructural de estos grupos, si bien parecía razonable desde el punto de vista de sus objetivos, también ocasionó problemas serios. En el caso de los equipos de apoyo regionales y de áreas, muchos sirvieron como motores efectivos en las fases iniciales de difusión y promoción de la estrategia, cuando sus ámbitos se fueron recién incorporando. Sin embargo, en nuestro trabajo de campo observamos que muchos de sus miembros, por seguir perteneciendo a distintas estructuras de la organización donde ejercen funciones asistenciales y/o administrativas, experimentan conflictos permanentes entre sus obligaciones para con esa estructura (estar presente en el hospital, atender pacientes, llevar registro) y las tareas totalmente distintas que requiere su compromiso con la Atención Primaria de Salud, como son el trabajo con la comunidad, labores educativas, etc.

Además, su falta de reconocimiento formal, en muchos casos, los hace extremadamente vulnerables a la rotación de directivos (director de hospital, jefe de servicio, etc.) con sus diferentes conceptos y actitudes sobre la APS, que influyen en la disponibilidad de tiempo "concedido" por ellos para la labor promocional, en la misma conformación del equipo y en las funciones que le son "reconocidas". Muchos equipos de apoyo desfilan por inanición. En un área hospitalaria visitada, por ejemplo, encontramos que el equipo de APS funciona reducida y casi autónomamente, por el compromiso que ha adquirido con organizaciones de la comunidad, y cuenta con poco apoyo de la Dirección del Área. Sus miembros trabajan fuera del horario regular, sin que se les de tiempo libre compensatorio y sin disponer de acceso a los fondos que podría asignarles alguno de los proyectos de APS en ejecución en su zona. Tras 3 años de labor, un nuevo Director intenta reemplazarlos por divergencias ideológicas, desaprovechándose así su experiencia acumulada durante los años en que sí contaron con el apoyo de anteriores directivos. Al margen de los problemas de tipo ideológico o político-partidario, que no son de interés tocar en este estudio, sí encontramos digno de mencionar que el Director en cuestión no tuvo ningún problema para disolver al equipo, ya que su existencia no estaba reconocida formalmente.

(13) Ministerio de Salud, Grupo de Trabajo de Atención Primaria y Participación de la Comunidad. Plan de Acción 1978, Lima 1977.

La suerte del Grupo de Trabajo del Nivel Central no fue mejor. Fue desactivado en 1980 y reemplazado por otra Comisión Nacional de Atención Primaria. Si bien algunos de los desplazados intentaron que sus ideas fueran asimiladas, aunque sea parcialmente, por sus sucesores, existe un consenso muy generalizado de que el cambio de personas, significó un cambio en la estrategia y los modos de implementarla, aún cuando los lineamientos de política siguieron formulándose en términos similares.

En retrospectiva, alguno de los miembros del Grupo de Trabajo piensan que fue un error táctico el no haberlo "estructuralizado" antes del cambio de gobierno, pues eso hizo al Plan Nacional por ellos elaborado, mucho más susceptible a los vendavales políticos del momento y condujo a su estancamiento durante un período considerable después de la transición.

Otros opinan que el Grupo de Trabajo, si bien no adquirió el status formal de una estructura, sí adquirió algunas características de tal, que contradecían la razón de permanecer "informal". Casi todos sus integrantes pertenecían a una sola dirección, no interactuaban mucho con el resto del personal del MDS, ni hicieron esfuerzos conscientes por promover la participación de otras direcciones en la fase de formulación e implementación inicial del PNAAPS. Desestimaron la conveniencia de ir difundiendo los resultados del trabajo con suficiente anticipación y por vías informales. Predicaban, en fin, sólo a los conversos. Este último grupo piensa que fue el "modus operandi" de los promotores del Plan, y no la naturaleza funcional, no-estructural del grupo de trabajo lo que selló su suerte e impidió la continuación del desarrollo de la APS, más allá de los cambios políticos "de fondo".

Luego de que ese grupo fuera desactivado, la responsabilidad por la marcha de la APS recayó sobre las Direcciones que han tenido sucesivamente a su cargo la conducción de los distintos proyectos de apoyo (AID 219 y 230; BIRF Banco Mundial 2211; FNUP-OPS 1301; BID-2016), especialmente los dos primeros. Evidencia informal de esto es que, cuando acudimos a diversas direcciones del Nivel Central a solicitar entrevistas con funcionarios y a explicar el motivo de nuestra visita, una respuesta común era referirnos a la Dirección de Atención o a la Dirección de Salud Materno Infantil y Población, pues "nosotros no tenemos nada que ver con Atención Primaria". Y no sólo fueron las secretarías quienes daban esa respuesta inicial.

La modalidad de asignar proyectos a direcciones cuando esos proyectos son muy específicos (v. gr., equipamiento de centros de salud) puede justificarse para facilitar su ejecución; pero en el caso de los proyectos antes mencionados, que tienen un carácter más integral, por la naturaleza misma de la Atención Primaria, y para cuya ejecución es evidente la necesidad de incorporar a muchas estructuras del Ministerio, puede no ser una medida conveniente. Esto porque, como ya hemos mencionado, hay una práctica consuetudinaria de que cada dirección tenga "su" progra

ma, lo que no ha favorecido el desarrollo de mecanismos efectivos de coordinación interna. Por lo tanto, es tan difícil lograr "repartir" responsabilidades para el cumplimiento de los distintos componentes de los proyectos, que se opta por absorber y concentrar todas ellas en la dirección encargada.

Este crecimiento de responsabilidades lleva luego de un tiempo a que se sienta la necesidad de crear nuevas estructuras, que buscan hacer más expeditivo el apoyo de las actividades, pero que pueden terminar añadiendo pasos burocráticos a la ya complicada maraña de procedimientos administrativos, duplicando, no reduciendo, acciones.

Tal sería el caso, según varios de nuestros entrevistados, de aquella propuesta de crear una oficina administrativa al interior de la Dirección General de Servicios de Salud (DGSS), con el propósito de agilizar los procedimientos burocráticos que obstaculizan el avance de los proyectos de cooperación técnica internacional. Esa "OGUITA", como se la llamaba precisamente por la similitud de sus funciones con las de la Oficina General de Administración (OGA), "no hubiera sido ninguna solución; sólo hubiera creado otra oficina contable más" o "sólo sería un nivel burocrático más", al decir de varios funcionarios. Incluso en la DGSS, varios directivos vieron la propuesta como una medida de emergencia, sólo conveniente para sortear obstáculos inmediatos y poder gastar fondos disponibles de varios proyectos de próxima "expiración", pero prefirieron no especular sobre sus efectos a largo plazo en lo que respecta a la fluidez de los procedimientos administrativos.

Otra consecuencia de la concentración de responsabilidad sobre los proyectos es la "expropiación" de responsabilidades a otras direcciones, que, por falta de recursos, ya no las pueden seguir cumpliendo a cabalidad. Tal sería el caso de la función de supervisión encargada a la Dirección de Programación y Evaluación o de la función normativa correspondiente a la Dirección General de Atención a las Personas o la Escuela de Salud Pública, que ha sido asumida por la Dirección de Salud Materno-Infantil y Población y la Dirección de Atención Primaria. Esto crea un clima organizacional poco conducente al desarrollo de mecanismos eficientes de coordinación. Se pierde con ello la posible contribución que la experiencia en el manejo de proyectos pudiera ofrecer al desarrollo de la capacidad de gestión en el Ministerio.

Como dijéramos antes, en la base de muchos de los problemas que han obstaculizado el avance de la APS y la ejecución de los proyectos que la apoyan se encuentra una estructura organizacional y un estilo de asignación y delegación de funciones y responsabilidades que no facilitan el establecimiento de mecanismos regulares y sostenidos de coordinación interna. Para el caso del Proyecto 527-0219, por ejemplo, podría sugerirse que su bajo nivel de ejecución se explica en gran parte, por la falla de una de sus hipótesis de trabajo: que el proyecto podía ser manejado efectivamente a través de la Oficina del Director General de Programas

(antecesora de la DGSS), con delegación de responsabilidades a las respectivas unidades administrativas, responsables de cada uno de sus componentes.

IV

RECURSOS HUMANOS

IV. RECURSOS HUMANOS

4.1 Dotación

Uno de los factores críticos para la gestión de la APS, como se vió en el Gráfico No. 2, es la dotación de los recursos humanos de que disponen las instituciones del sector. El Perú cuenta en la actualidad con tasas superiores al promedio mundial de médicos o enfermeras por habitantes. Nuestras cifras son nada desdeñables si se las compara con las de países cuyos índices de salud y bienestar son muy superiores al nuestro. ¿Por qué, entonces, se aduce tan frecuentemente su escasez? Una razón es que el MDS, principal ejecutor de las acciones de APS, sólo dispone de una fracción de ese personal profesional. En 1980 sólo contaba con el 28% de los médicos y el 33% de las enfermeras existentes para brindar atención al 66% de la población. Por esta razón, en ese año, cuando habían 6.9 médicos por 10,000 habitantes en el país, el Ministerio sólo contaba con 1.9 por cada 10,000 personas a su cargo. La tasa de enfermeras por 10,000 habitantes era de 5.8 para el conjunto del sector, pero sólo 1.5 para el Ministerio. Es por eso, entonces, que se explican las quejas sobre la falta de personal suficiente para asumir las funciones de prestación de servicios. Igualmente, hay carencia de personal que desarrolle funciones administrativas, aunque en este caso el problema es más de capacitación adecuada para esas funciones, que de dotación, como veremos más adelante.

La escasez de personal, sin embargo, es crítica en los primeros niveles. En los documentos del MDS donde se diagnostica la situación de los recursos humanos, se reconoce la inadecuada distribución del personal profesional, técnico y auxiliar, que se concentra en las ciudades más importantes y en Lima. Por ejemplo, mientras que en Lima existía un médico por cada 583 habitantes, en 1981, Huancavelica sólo contaba con uno

por cada 31,698.

El personal profesional busca trabajar en lugares que ofrecen mejores niveles de vida y condiciones de trabajo aceptables; por eso, se concentra también en los hospitales, dejando la periferie en una situación de casi abandono. Para ilustrar ésto, hemos adaptado un cuadro presentado en el Seminario de Coordinación.

Cuadro No. 2

PERSONAL EN EL 1er. NIVEL DE ATENCION
(1981)

Tipo de Personal	Total	Ministerio de Salud	1er. Nivel de Atención *
Médicos	13,542	3,756 (28%)	306 (9%)
Enfermeras	10,877	3,602 (33%)	389 (10%)
Auxiliares Sanitarios y/o Auxiliares de Enfermería	11,959	5,272 (44%)	1,571 (29%)

* El 1er. nivel está constituido por: 630 Centros de Salud
1,583 Puestos Sanitarios
9,663 Comunidades

Fuente: Seminario Taller sobre "Proposición de Medidas Técnico-Administrativas específicas para la coordinación de los Programas de Salud apoyados por Proyectos de Cooperación Internacional".

Los puestos sanitarios visitados en nuestro trabajo de campo, sólo contaban con un auxiliar de enfermería, quien no se daba abasto más que para prestar atención en el establecimiento y, por lo general, descuidaba las actividades extramurales indispensables para la estrategia de APS. Igualmente, el Centro de Salud que observamos, sólo muy recientemente había recibido auxiliares del Area. Durante los 2 años anteriores sólo tuvo 2 ó 3 profesionales que apenas llegaban, solicitaban su traslado. Incluso ahora, el personal existente reclama un "equipo volante" que pueda salir a hacer supervisión, educación comunitaria, y atención a las localidades alejadas, ya que los pobladores lo reclaman.

Para no tocar sólo lo referente a profesionales de salud "tradicionales", podemos tomar lo que señala el Plan Sectorial sobre la dotación de educadores para la salud, profesionales importantes para motivar la participación de la población en el proceso del cuidado de su salud y

que contribuyen significativamente a la formación de una conciencia sanitaria:

"Con excepción de Lima y Callao, sólo 5% de las Direcciones Regionales y 27% de las Areas Hospitalarias disponen de educador en sus respectivas unidades y servicios de educación para la salud".

Mucho de lo antes mencionado escapa al control unívoco del MDS y depende de otras instituciones que también tienen responsabilidad en lo relativo a Salud. Sin embargo, existe un consenso en el MDS respecto a la necesidad de formular y adoptar una política de personal (reclutamiento, asignación, promociones, incentivos, etc.) que apoye el desarrollo de la política sectorial, poniendo el énfasis debido en la dotación suficiente de recursos humanos para los primeros niveles del Sistema de Servicios de Salud.

Una necesidad sentida por los directivos del MDS, es la de planificar o programar adecuadamente los recursos humanos que se requerirán en el futuro, teniendo como criterios lo estipulado en la política sectorial, aunque no faltan quienes creen que se debe dejar todo librado al juego de la oferta y la demanda.

En 1982, la OPS elaboró un Plan de Acción para que sirviera como instrumento de planificación y ejecución de las actividades de salud (14). En ese documento, señaló la importancia de trabajar en el "desarrollo de metodologías para determinar la oferta y demanda de personal de acuerdo a las estrategias de APS". A pesar de que los Planes Sectoriales mencionan la realización de investigaciones sobre tipo, cantidad y calidad de recursos humanos en el país, sus resultados, si los hay, no han sido difundidos. La planificación de los recursos humanos que hace el MDS sigue un curso distinto al indicado en sus declaraciones de política. Así, por ejemplo, el estudio de la demanda en el MDS se efectúa "en función de su capacidad potencial de utilización (plazas presupuestadas) y su capacidad de utilización real (plazas ocupadas y contratadas)" según consta en los documentos de la Oficina de Programación de Recursos Humanos.

Por otro lado, tenemos lo referente a la política de Recursos Humanos que sigue el MDS y su relación con los requerimientos de la estrategia de Atención Primaria.

La conferencia de Alma Ata recomendó a los Gobiernos:

(14) Organización Panamericana de Salud (OPS), Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Salud para todos en el año 2000, Washington, 1982.

"que se prevean incentivos para todas las categorías de personal de salud, en proporción con el aislamiento geográfico y la dureza de las condiciones en que viven y trabajan".

Asimismo, en el 82, la Comisión Nacional de Atención Primaria señalaba, en un documento de evaluación de la marcha de APS en el Perú, que se debían "operativizar políticas de incentivos al personal que labora en los establecimientos del 1er. nivel...". Sin embargo, según manifiestan nuestros entrevistados, los incentivos, sean del tipo que fueren, favorecen al personal ubicado en los niveles más centrales del MDS. Un funcionario del Nivel Central afirmaba en el Seminario de Coordinación, que la estructura salarial del MDS es "procentralista". En nuestras conversaciones con el personal de centros de salud y puestos sanitarios, encontramos que casi todos desean migrar de la periferia a los hospitales, para así elevar el nivel de sus ingresos, gracias al trabajo de guardias nocturnas, amén de la posibilidad de contar con otros ingresos provenientes de la consulta privada, complemento importante que no existe en pueblos pequeños y zonas rurales.

Las pequeñas bonificaciones por trabajo en zona de desarrollo, cuya finalidad era compensar de alguna manera al personal de periferia, pierden sentido, según señaló uno de nuestros entrevistados ya que no se ha definido qué es centro y qué periferia para el MDS. Por ejemplo, se llega a extremos como el considerar al mismo nivel un Centro de Salud de capital de provincia y otro situado en un poblado cabeza de distrito, obviando las diferencias en condiciones de vida, que en algunos casos pueden ser abismales.

Un problema similar ha surgido cuando para estimular el trabajo en zonas alejadas, se otorgan puntos de mérito adicionales, en los concursos de ascensos, a quienes han tenido experiencia de trabajo en zonas periféricas. Pero muchos sólo la han tenido en el papel, pues habiendo sido asignados a algún lugar, así, en la práctica están informalmente destacados a hospitales u otros establecimientos metropolitanos. Obtienen el puntaje adicional de todos modos y "ascienden" mucho más rápidamente que aquellos que, por estar realizando un trabajo eficiente en el medio rural, son conservados allí durante períodos mayores que lo que ellos previeron o desearon.

Alma Ata recomendaba que los incentivos debían "adaptarse" a las situaciones locales y pueden adoptar formas tales como mejores condiciones de vida y de trabajo, y posibilidades de perfeccionamiento y de enseñanza permanente" para todo tipo de personal, en especial el de periferia. Muchos de nuestros entrevistados hicieron referencia a la necesidad de apoyar y motivar al personal de otras maneras: rotación en los tiempos estipulados, oportunidad de becas, cursos de actualización profesional, dar facilidades de vivienda y movilidad, etc. Sin embargo, esto no se ha implementado: "Trabajar en la comunidad es ahuesarse", nos comentaba

una enfermera del Nivel Central, y esto fue corroborado por el personal del Centro de Salud, que se quejaba de la no atención a sus necesidades de actualización profesional. Decían, que el Area Hospitalaria, no los tomaba en cuenta para los cursos ofrecidos. Además, el profesional de salud que trabaja en Centros alejados, se siente aislado, sin posibilidad de alternar con colegas, y, por lo mismo, no reconocido profesionalmente. Muchos de ellos están en calidad de contratados y, como tales, no tienen posibilidad de beneficiarse con los cursos que ofrece la Escuela de Salud Pública, que podrían ayudarles a cumplir más eficazmente sus respectivas funciones, y servir como incentivo inicial para aceptar un trabajo en zonas alejadas.

En general, se puede decir que el personal de periferie está realmente marginado de los beneficios "secundarios" de pertenecer al MDS, lo que está en abierta contradicción con las recomendaciones que se hicieran, por ejemplo, en la Evaluación... en 1982:

"se debe operativizar políticas de incentivos al personal que labora en los establecimientos del primer nivel".

En el Seminario de Coordinación de los Proyectos que apoyan la APS, se discutieron todos esos problemas sobre personal. Sin embargo, la preocupación se concentró sobre todo en cómo hacer para retener al personal profesional en el 1er. nivel, y poco se dijo sobre el personal auxiliar y técnico. Menos aún, se busca alternativas concretas frente al alto grado de deserción de agentes sanitarios de la comunidad que por falta de apoyo y supervisión abandonan su importante labor de prevención y promoción de salud.

Otro problema que también se reconoce como fundamental es la rotación de cargos, que muchas veces no responde a las necesidades de organización o administración de la instancia correspondiente y que provoca que se diluya y pierda, la capacitación y conocimientos que van siendo adquiridos en el desempeño de una función. Para un jefe de la Oficina General de Administración, esto era el principal "cuello de botella" en la ejecución de los Proyectos de AID que apoyan las actividades de APS. Genera un bloqueo en el manejo y ejecución del gasto y un grave problema de atraso en la rendición de cuentas, lo que impide el envío de remesas para la ejecución de las actividades programadas (este punto será tratado con mayor detalle en el rubro de Recursos Financieros).

Por otro lado, la frecuente rotación de cargos impide la integración y compenetración de los equipos de apoyo a la APS, necesarias para hacer viable esta estrategia, que requiere del concurso de todas las especialidades cuya labor aporte al cuidado de la salud.

4.2 Capacitación

La falta de capacitación del personal ha sido una de las "áreas críticas" señaladas por nuestros entrevistados. Muchos funcionarios afirmaban que tenían personal suficiente en cantidad, mas no así en calidad. Es decir, carecían de la calificación necesaria para desempeñar las funciones requeridas por sus cargos respectivos.

Cabe anotar que la ausencia o no vigencia real de manuales de organización y funciones (MOF) aprobados en muchas direcciones, hace que la percepción sobre las habilidades, conocimientos y destrezas que debe reunir un trabajador depende bastante de la intuición de los directivos acerca de cómo debe ser la gestión de la instancia, sea propia o ajena.

Este tipo de problema sobre la calificación del personal es percibido por los funcionarios de la Oficina de Personal, de la Oficina de Inter-cambios Internacionales, de la OGA y también de otros niveles de la estructura organizativa del MDS. En las regiones, por ejemplo, se hace alusión al desconocimiento del manejo presupuestal del personal de contabilidad, y en los niveles locales, a la falta de capacitación para la programación de las actividades de salud.

Para los funcionarios del MDS es ya obvio que en la base de este problema existe una falta de coordinación entre las direcciones y aquellas instancias (que de una u otra forma demandan y/o brindan capacitación) para llevar adelante perfeccionamiento y la formación del personal profesional, técnico, auxiliar y de la comunidad.

Como consecuencia, coexiste una variedad de perfiles ocupacionales para cada tipo de personal, en todos los niveles, en especial para los del 1er. nivel y los agentes capacitados de la comunidad. Nuestros entrevistados señalan que no hay consenso en el MDS para definir y asignar funciones y responsabilidades concretas al personal, teniendo en cuenta la meta fijada de lograr la extensión de la cobertura en el marco de la APS. Un asesor extranjero del MDS señalaba que "los 10 manuales técnico-normativos elaborados desde 1972 deberían servir para definir y orientar los servicios de APS, pero fallan en designar exactamente quién debe hacer qué tareas". Las palabras de un funcionario que opinaba era "urgente y necesario uniformizar las normas de actividad y los perfiles profesionales adecuados para cada nivel", en relación a las actividades de apoyo a la APS, expresan que existe voluntad de cambiar.

A continuación presentamos el siguiente cuadro:

PARALELO DE PERFILES DE ACTIVIDADES DE LOS PROMOTORES DE SALUD

MODELO	Modelo Normativo DCSS (1979)	Modelo Normativo DCSS - DSMIP (1983)	Proyecto Atención Primaria y Servicios Básicos de Salud (1984)
DURACION DE LA CAPACITACION	230 horas (6 semanas)	114 horas (4 semanas)	31 horas (5 días)
ACTIVIDADES*	<p>Salud Materno-Infantil</p> <p>Captar y referir gestantes y puérperas, realizar control simple y educación a la gestante y puérpera, derivar casos complicados y para control, colaborar con partera tradicional.</p> <p>Controlar niño sano y referir casos de riesgo, educar padres sobre cuidados preventivo promocionales, realizar tratamiento al niño enfermo, identificar y tratar deshidratación y desnutrición, enseñar prevención y tratamiento de diarrea.</p>	<p>Captar, referir y educar gestantes, identificar y derivar casos complicados, atender el parto de emergencia.</p> <p>Controlar el niño sano, reconocer y tratar deshidratación y enfermedades respiratorias, educar padres sobre prevención de diarrea e infección respiratoria, administrar analgésicos y antitusígenos.</p>	<p>Captar, referir y educar gestantes, identificar y derivar casos complicados.</p> <p>Educación de padres sobre prevención de diarreas y enfermedades respiratorias.</p>
Nutrición	Conseguir apoyo alimenticio.	Promover nutrición pre-natal, lactancia materna, ablactancia apropiada, educar sobre manipulación, conservación y uso de alimentos disponibles en la comunidad.	Promover nutrición pre-natal.
Otros	<p>Colaborar en acciones de defensa civil y médico legal.</p> <p>Organizar el botiquín comunal.</p> <p>Llevar un registro de movimiento demográfico.</p> <p>Informar actividades.</p>	<p>Colaborar en defensa civil y médico legal.</p> <p>Promover la organización del botiquín comunal.</p> <p>Informar actividades</p>	<p>Apoyar la coordinación con otros sectores.</p>

* Sólo se han tomado 3 rubros de actividades donde es posible apreciar más claramente las diferencias entre los perfiles ocupacionales propuestos por cada modelo y se subrayan las diferencias más saltantes y significativas.

FUENTE: Dirección de Salud Materno-Infantil - 1984.

Después de notar las diferencias existentes entre los modelos en uso de perfiles ocupacionales del promotor, y habiendo escuchado repetidamente, que, en la práctica, el contenido de los cursos es mucho más heterogéneo y sujeto a las preferencias subjetivas del personal capacitador, podemos imaginar la confusión que existe en la ejecución de las actividades de salud. En las entrevistas realizadas en el trabajo de campo pudimos constatar cómo la percepción sobre los roles y las responsabilidades del personal variaba, de persona a persona, entre los encargados de la capacitación de los agentes de la comunidad. Como ejemplo, en el siguiente cuadro volcamos las opiniones recogidas sobre el rol que le corresponde a la partera tradicional:

Cuadro No. 4

PERFIL DE ACTIVIDADES DE PARTERA TRADICIONAL

<u>Nivel Central</u> Médico-DSMIP	Deben atender partos. No necesario "promover parto institucional".
<u>Nivel Regional</u> Enfermera-Unidad de Capacitación	"Lo ideal sería que un médico o una obstetrix atienda (partos), pero APS significa utilizar los recursos de la misma comunidad, entonces allí entra la función de partera."
<u>Area Hospitalaria</u> Ex-coordinador del Grupo de Apoyo a APS	"La norma no es que las parteras tradicionales envíen los casos de partos a los Centros de Salud. Sólo deben incentivar a las gestantes para que vayan a algún control".
<u>Centros de Salud</u> Obstetrix	"Las parteras sólo deben ayudar en partos de emergencia", no deben hacer control, "sólo deben hacer captación de gestantes en su comunidad" y enviarlas para su control pre-natal y para el parto al Centro de Salud.

Fuente: Versiones recogidas en el trabajo de campo.

Estas opiniones diversas conducen a que los contenidos de la capacitación y de la supervisión que brinda el mismo Ministerio a los voluntarios de la comunidad varíen de lugar a lugar y de una ocasión a otra, lo que en opinión de varios funcionarios, dificulta seriamente un seguimiento coherente y la evaluación de las acciones que aquéllos realizan.

La Escuela de Salud Pública es el ente rector de las actividades educativas del MDS. Como tal, elabora y propone a la Alta Dirección las

políticas y planes de formación y capacitación del personal de salud y las normas que deben guiar lo concerniente al personal de la comunidad. Busca evitar precisamente, la proliferación de modelos y las consecuencias que ello trae en la aplicación de la estrategia de APS.

El papel de la capacitación de las otras instancias del MDS está normado por Directivas Administrativas que señalan que su función es "participar en el estudio de necesidades de formación y capacitación... definiendo las funciones y actividades específicas de las opciones ocupacionales que corresponden a su campo de acción" (subrayado nuestro), y no emitir, sin la necesaria coordinación y estudio, modelos de perfil ocupacional. Sin embargo, personal del MDS que ha participado como instructor en cursos de capacitación para promotores, parteras y/o auxiliares sanitarios o de enfermería, reconocen haberse basado en modelos distintos a los elaborados con la Escuela de Salud Pública. Ellos sostienen que éstos son demasiado amplios, y que requieren la transferencia simultánea de muchas técnicas y habilidades: "hasta cartógrafos los quieren hacer". La "solución" ha sido la reformulación, al interior de algunas instancias, del perfil de actividades que debe realizar cada tipo de proveedor de servicios, y del contenido de los correspondientes cursos de capacitación. Si bien se reconoce que esto puede ser más expeditivo para las direcciones involucradas, se acepta también que, a la larga, redundan negativamente, por cuanto no se asegura, mediante una adecuada coordinación, la uniformidad y progresivo mejoramiento de los modelos institucionales de capacitación de personal. Otros agregan que no se asegura, tampoco, la consideración de las necesidades de todos los programas que requieren ser desarrollados en el nivel primario y que pueden exigir la inclusión de alguna actividad más en el perfil ocupacional de cierto personal. Un auxiliar de enfermería a cargo de un Puesto Sanitario, por ejemplo, puede ser experto en inyectables o primeros auxilios, saber qué casos deben ser referidos al Centro de Salud u Hospital, pero no tener ni la más remota idea de qué le corresponde supervisar a los promotores de salud de las localidades alejadas: "al contrario, del Area Hospitalaria me reclaman si no estoy en el puesto", ni de qué procedimientos debe seguir para conseguir fondos para el transporte. Algunos saben dar educación para paternidad responsable, mientras que otros se limitan a referir al Centro de Salud u Hospital a quienes expresan deseos de no tener más niños.

Un director de Area Hospitalaria nos transmitió muy gráfica e inadvertdamente su particular noción de lo que debe hacer un auxiliar de enfermería en zonas rurales. Explicaba que sí hay gente dispuesta a ir a trabajar en periferie, y daba el ejemplo del auxiliar N.N., quien acaba de ser destacado a cierta localidad "para descansar de su familia": "N.N. es mandado hacer para Atención Primaria; es técnico en suturas y cirugía. Es hasta capaz de operar; con eso van a tener que tener cuidado... ¡Es perfecto para Atención Primaria!".

Todo esto es conocido por los directores del Ministerio. Por ello, y para promover la participación de otros niveles del MDS en la formación

de personal, se crean las Unidades de Capacitación en Regiones y Areas Hospitalarias, como "órganos de apoyo de carácter educativo, responsables de la investigación de necesidades de capacitación del personal respectivo y del desarrollo y conducción de las acciones educativas correspondientes a su nivel" (Directiva Administrativa DVM 0071-81). Con esta acción descentralizadora se busca hacer factible la función rectora de la Escuela de Salud Pública, porque así se podrán "establecer las pautas que permitan el desarrollo ordenado y coherente de las acciones educativas de formación y capacitación de personal de salud en el ámbito del MDS y su ajuste a las reales necesidades que, a este respecto, tienen sus servicios". Sin embargo, falta implementar las Unidades de Capacitación en muchas regiones y, como nos informaba un funcionario de la Escuela de Salud Pública, las existentes a nivel local no estaban funcionando "como debieran".

El problema de falta de personal en cantidad y calidad necesarios, afecta también a estas instancias, impidiendo el cumplimiento de funciones y la consecución de sus objetivos. Ya antes se hizo referencia a la escasez de profesionales en educación para la salud en Regiones y Areas Hospitalarias, además de la escasa dotación de otros profesionales. Pudimos comprobar en las instancias que cubrimos en el trabajo de campo, que el personal de las Unidades de Capacitación estaba sobrecargado de funciones no vinculadas necesariamente a la capacitación del personal de su instancia o de su área de influencia.

Una de las funciones de las Unidades de Capacitación es: "Seleccionar entre los candidatos propuestos a los participantes de los cursos de nivel regional y nacional". Este, precisamente, es uno de los puntos críticos señalados por muchos de nuestros entrevistados en los distintos niveles: la capacitación muchas veces no se brinda a quien va a utilizarla en el ejercicio de su trabajo. La oportunidad de asistir a un curso es vista más como un premio o reconocimiento al personal de confianza que como apoyo y estímulo a la labor que desempeña en determinado cargo. Ya hemos relatado cómo al Seminario de Reprogramación (que indudablemente era también una oportunidad de capacitación) asistió personal que poco iba a beneficiarse del conocimiento sobre elaboración de Planes Operativos de los Proyectos AID, ya que esa tarea no era parte de sus funciones.

Una ex-funcionaria del MDS señalaba que los esfuerzos de capacitación se desperdiciaban en el nivel central, cuyo personal está ya en perspectivas de retiro. En cambio sí eran necesarios en las regiones y niveles operativos donde hay "entusiasmo y ganas de trabajar". Otro entrevistado nos informaba que en la Escuela de Salud Pública había un "excelente" curso de programación, pero que quienes lo llevaban no eran los que iban a programar. Asimismo, el equipo de una Región participante en el Seminario de Reprogramación señalaba la necesidad de capacitar al personal de abastecimientos y contabilidad en regiones e insistían en que ésta se dé a las personas que realmente tengan responsabilidad en el asunto, sugiriendo que frecuentemente se enviaba a los cursos a quienes no correspondía.

Recientemente, ESAN ofreció un curso sobre Gestión Financiera Gubernamental, invitando como participantes a quienes tuvieran funciones de gestión presupuestal y de proyectos. El proceso de selección fue difícil, porque llegaron solicitudes (respaldadas por sus directores) de personas cuyos cargos poco tenían que ver con los requisitos para su aceptación. Encontramos, también, que los ocupantes de altos cargos "monopolizaban" el acceso a la oferta de capacitación emanada tanto del mismo Ministerio como de otras instituciones. El personal de jerarquía intermedia y los operativos lamentan esta situación: "Los directivos se pasan todo el tiempo asistiendo a cursos".

Todo lo que venimos señalando apunta a que la capacitación ofrecida al personal del MDS y recibida por éste no se ajusta adecuadamente a las necesidades de la institución. La situación actual de las Unidades de Capacitación puede explicar de por sí, por qué se ha avanzado poco en la acertada detección de necesidades de formación y en la programación consecuente de acciones de capacitación, funciones importantísimas para la gestión de la Atención Primaria.

En lo que respecta a los profesionales y al contenido de su capacitación, citamos una recomendación de la OMS:

"...habida cuenta de su escasez (del personal de salud) se hará particular hincapié en la formación de un número suficiente de "generalistas de salud", es decir, de personas capacitadas para generar sistemas apropiados para... (el) desarrollo de la salud (el planteado de Alma Ata) y para planear esos sistemas, programarlos, establecer su presupuesto, ejecutarlos, vigilarlos y evaluarlos, que sean capaces de aunar para este fin los conocimientos especializados de todas las demás disciplinas que intervienen en las ciencias de la salud, así como en las ciencias políticas, sociales y económicas; y estén preparados para ordenar, dominar y resumir la información necesaria para todas esas actividades". (Estrategia SPT-2000, p. 48).

Esto fue tomado en cuenta por el MDS, el cual se comprometió a formular y ejecutar "programas de capacitación y formación de personal en salud pública, administración de servicios y planificación de salud para personal profesional", teniendo presente las necesidades de los servicios de salud y los de la población. Sin embargo, se ha tenido oportunidad de detectar en el transcurso del trabajo de campo, cómo la capacitación del personal de salud (la formativa y la que reciben en el trabajo) prioriza los aspectos técnicos, con una marcada orientación recuperativa, y descuida los relativos a administración, programación, supervisión, recolección y utilización de información, y evaluación. Así, por ejemplo, un médico Jefe del Centro de Salud nos decía que no tenía capacitación

alguna en administración (sólo contaba en su haber con su experiencia en el SERUM). La Jefe de obstetricas de un Area Hospitalaria declaraba que los equipos de los Centros de Salud no habían recibido capacitación para hacer programación (local) y que recién se estaba "planeando un curso" para superar esta carencia. En el Seminario de Coordinación se presentaba como área crítica la "falta de capacitación de personal en un sistema adecuado de supervisión"; y, allí mismo, el Director de la Oficina de Información y Estadística del MDS señalaba la "falta de personal adecuadamente adiestrado, tanto en los productores como en los usuarios de información". Por otro lado, los cursos de educación continua que ofrecen los Colegios Profesionales refuerzan más la tendencia a lo "técnico".

Se pudo observar que existe un "rechazo" en el personal profesional de los primeros niveles, a asumir responsabilidad en estas funciones. Una enfermera del Nivel Central (OSMIP) nos contaba que "el personal que trabaja en salud piensa que sólo es responsable de la atención a las personas y creen que llenar formularios o los programas no les corresponde", aunque agregó que esto ya estaba cambiando. Este cambio que se está operando en la concepción sobre la función del profesional puede ser apreciado en las siguientes observaciones que hizo otro de nuestros entrevistados: "...se necesita darle un enfoque gerencial al MDS... esto es una empresa... el médico ha sido saturado de problemas de salud y ha habido un descuido en el otro componente, cuando en realidad somos responsables de una gestión".

Otro funcionario que entrevistamos decía: "Estamos intoxicados de cursos. La capacitación que se da es sólo para acumular conocimientos y no para cambiar la conducta y las actitudes. La capacitación debe ser en el trabajo y para el trabajo". Sin embargo, esta opinión no es compartida por el personal de otros niveles, en especial del 1er. nivel, quienes por sus múltiples necesidades y marginación ven a los cursos como la única forma de obtener méritos para el ascenso o rotación a un cargo que ofrezca mejores condiciones de trabajo y de vida.

En el caso de la capacitación a agentes comunitarios, hemos recogido la preocupación de que ésta se limite casi exclusivamente al dictado de clases teóricas sin introducir metodologías que insistan en el aprendizaje-acción. El Director de la DSMIP, afirmaba en el Seminario de Coordinación de los proyectos que apoyan la APS que, "según encuestas (BID y AID) se ha apreciado que la enseñanza de los Recursos Comunitarios es básicamente tradicional, utilizándose las charlas". Esta misma situación es descrita en un informe de un asesor del MDS, especialista en capacitación:

"...la capacitación de promotores y parteras sigue métodos tradicionales escolarizados: la charla o clase. Esto se deduce de la revisión de currícula de varias regiones, entrevistas con capacitadores y observación de algunas clases, así

como un cuestionario aplicado a 53 profesionales. El 50% a 60% es teoría para promotores y parteras, aunque hay más ca sos, entre estos últimos, de metodología práctica".

Existe preocupación porque los recursos comunitarios son, a veces, capacitados en los hospitales, un medio muy diferente a los lugares y condiciones en que tendrán que trabajar; aunque algunos médicos aún piensan que el hospital es el mejor medio para brindar capacitación a los agentes de la comunidad, poniendo como razón principal las condiciones higiénicas que éste ofrece y para que "viendo aprendan".

4.3 Profesionalismo

Varios de los elementos anteriormente tratados, apuntan a un problema adicional. La adopción de la estrategia de Atención Primaria implicaba cambios en las funciones tradicionalmente adjudicadas a determinados proveedores de servicios e incluía la incorporación de nuevos actores en el escenario de la salud. El Director General de la Organización Mundial de la Salud, en el discurso inaugural de la Conferencia Alma Ata, preguntaba a los participantes: "¿Están ustedes dispuestos a dar las batallas necesarias para superar cualesquiera obstáculos sociales y económicos así como la resistencia de los profesionales a la introducción universal de la atención primaria de salud?" (subrayado nuestro).

Entre los obstáculos al desarrollo de la APS mencionados por nuestros entrevistados, está justamente esa resistencia de los profesionales de la salud a apoyarla. Se mencionan frecuentemente: a) su poca adaptación para trabajar en los equipos multidisciplinarios que requiere la naturaleza "multisectorial" de la estrategia, b) su renuencia a trabajar en el medio rural con sólo técnicas y recursos simples, c) su percepción de que la salud es "su" territorio y que sus actividades más importantes o urgentes, son las de corte recuperativo o asistencial, d) su aceptación pasiva y resignada de funciones administrativas, sociales y/o educativas, las que realizan sin ningún ánimo empresarial o gerencial.

Nuestra observación de eventos y actividades en el Ministerio y en niveles inferiores de su organización corroboró esas declaraciones e hizo evidente la necesidad de mejorar la coordinación entre los diferentes tipos de profesionales y otro personal, que debe colaborar en la gestión de la APS. Daremos algunos ejemplos de esto:

- a) En los seminarios de evaluación y programación de los proyectos, los médicos no demostraban mucho interés ni invertían gran esfuerzo en esas actividades.
- b) En la supervisión que tuvimos ocasión de observar, se daba mucha mayor importancia a los aspectos técnicos de la práctica asistencial

de los supervisados, que al cumplimiento de sus funciones educativas

- c) Es evidente la grave tensión existente entre el personal de administración y los médicos de las direcciones ejecutivas.

En el MDS, nos decía antes un funcionario, "hay dos tipos de personal: el "propio", es decir médicos, enfermeras, etc., y los "otros", los de apoyo, que sólo obstaculizan". Por su lado, un funcionario de la OGA, comentaba que, para los médicos, los contadores son "policías que todo lo hacemos mal". Esa tensión se repite a nivel de Región y de Área Hospitalaria.

Similarmente, una asistente social afirmaba:

"El rol de la asistente social en la APS es claro: buscar la participación de la comunidad en acciones que redunden en favor de su salud. La capacitación de la asistente social es justamente dirigida a movilizar a la población; pero en el Ministerio, en el Nivel Central hay esta actitud... en vez de trabajar en equipo se concentran funciones en enfermeras o médicos que ahora quieren hacer de asistentes sociales. Pero en realidad no quieren, es sólo por celos".

Los Centros de Salud, sostenía solicitan asistentes sociales, pero las regiones transmiten esas demandas con bajo nivel de prioridad. En los hospitales se limita a las asistentes al rol de "guardián de los ingresos propios", certificando la capacidad de pago de los usuarios.

Una obstetriz de la DGSS nos decía: "Los médicos quieren que las obstétrices desaparezcan, o que sólo sigan siendo sus ayudantes "pisadas" ... Las plazas para obstétrices que figuran en el presupuesto las cubren con médicos..." (Reconocía, sin embargo, que las obstétrices, como grupo profesional, no apoyan el desarrollo de la Atención Primaria, por considerar que no hay necesidad de capacitar parteras cuando existen tantas obstétrices sin empleo. Sugieren que sólo se fomenten sus actividades en las zonas alejadas donde las obstétrices no deseen trabajar).

Y en cuanto a la actitud respecto a que el personal "propio" del sector lo constituyen los profesionales de salud, cabe mencionar que muchos funcionarios mencionaron espontáneamente a un no-médico como el mejor Ministro de Salud que ellos podían recordar.

Todas estas actitudes requieren ser transformadas, según los mismos interesados, mediante un cambio desde las etapas formativas de los profesionales de salud, lo cual sólo se podrá lograr a través de una más estrecha y efectiva coordinación con las instituciones.

V

DIRECCION

V. DIRECCION

Como ya se dijo al describir los elementos característicos de la Atención Primaria de Salud, es importante considerar el grado y modo de participación de los distintos actores y niveles jerárquicos en la toma de decisiones:

"Se necesita una redefinición de las atribuciones de decisión que corresponden a cada uno de los niveles de dirección y operación establecidas o que se establezcan en cada país"
(15)

Frente a esta declaración y a las frecuentes invocaciones a la descentralización administrativa del Sistema Nacional de Servicios de Salud, contrastan nítidamente las descripciones de centralización en la toma de decisiones que ofrecieron nuestros entrevistados como un factor obstaculizante al desarrollo de la APS. Por ejemplo, una ex-funcionaria del MDS nos decía que:

"Todas las decisiones las tienen que tomar los más altos directivos del Nivel Central. Cuando yo estaba en el Ministerio, las decisiones estaban siempre y exclusivamente en manos del Director. Era una desgracia".

(15) Oficina Panamericana de Salud, Extensión de Cobertura de los Servicios de Salud con las Estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad. Documento preparatorio para la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, Washington D.C., Setiembre 1977.

Una jefa de Unidad se refería al centralismo excesivo de otra manera:

"Sólo el Director General firma papeles, no sé si por control o para demostrar la línea de autoridad".

Un Director Ejecutivo nos decía que los niveles de decisión no involucran siquiera a los Directores Generales, sino que están

"más alto... Aquí nos llenamos la boca hablando de descentralización, pero hay falta de poder de decisión en todos los niveles".

En cuanto a la posibilidad de proporcionar insumos para la toma de decisiones o de "influir desde abajo", un asesor extranjero se refirió a que la participación del personal era sólo una suerte de

"...democracia de vitrina: un alto directivo arma toda una propuesta e invita a comentar sobre lo que ya está prácticamente decidido, cuando ya es demasiado tarde para hacer cambios significativos".

Su comentario fue muy similar al efectuado por un funcionario que participó en el Grupo de Trabajo de la primera Comisión de APS:

"No se nos informaba de todo lo que pasaba. La Dirección General de Programas tenía esa forma de trabajo, sin participar hasta que las cosas estuvieran ya hechas".

Esto tiene como correlato la pasividad burocrática de muchos funcionarios intermedios. Cuando interrogamos a algunos directores ejecutivos sobre la suerte corrida por algunas propuestas de acción planteadas en el Seminario de Coordinación de los Proyectos de Atención Primaria, la mayor parte ignoraba qué estaba sucediendo al respecto, a pesar de haber invertido esfuerzos personales significativos en su elaboración. Tampoco demostraban mayor interés por el resultado:

"La comisión decidirá",

"No sé qué ha pasado; debe estar ya en manos de la Alta Dirección",

"Así son las cosas aquí; uno se cansa".

Parecería que también se recae en el centralismo por omisión, por desidia generada por un ambiente laboral que tradicionalmente no ha fomentado una actitud agresiva o empresarial. Volveremos sobre este punto más adelante.

Al interior de instancias particulares, también existe esta centralización. Debido en parte a la poca claridad en la asignación de funciones y a la irracionalidad del "sistema" de delegación, que describimos en el capítulo sobre organización, los rangos intermedios se ven inhibidos de tomar decisiones aun sobre cuestiones poco trascendentes. Así, durante una visita de supervisión a una localidad rural, se incluyó en el equipo supervisor a un jefe de Unidad del Nivel Regional "para que puedan tomar se decisiones sobre la marcha". Sin embargo, observamos que éste no pudo dar autorización para que, del stock almacenado en un centro de salud, se entregara un instrumento que le faltaba a una partera.

Por otro lado, la concentración de funciones en los directores les produce una sobrecarga de tareas burocráticas. Las actividades rutinarias, el "papeleo", adquieren prioridad sobre las funciones propiamente gerenciales. Lo "urgente" se atiende antes que lo "importante". Un Director General que había planteado en el Seminario de Coordinación algunas soluciones plausibles al problema de los incentivos necesarios para atraer al personal profesional al trabajo en la periferie, reconoció meses después no haber formulado una propuesta formal al respecto por "falta de tiempo", señalando una abultada ruma de Resoluciones que debía revisar y firmar todos los días. Un Coordinador de proyectos nos decía:

"90% del tiempo se me va en tramitar papeles, escribir cartas... redactando opiniones o informes sobre documentos... asistiendo a reuniones inútiles".

Mientras que el encargado de otra Dirección General afirmaba:

"no hay distribución racional del trabajo. Tengo que hacer demasiadas cosas, debería dedicarme a lo gerencial, pero acabo en el papel, puro papel... Tengo 5 secretarias que no hacen sino hacer crecer el cerro de papeles por firmar... Eso ahoga la posibilidad de hacer el verdadero trabajo".

La impresión que genera todo este cuadro es que la organización del Ministerio distribuye autoridad, mas no poder de decisión, a sus diferentes niveles jerárquicos y que los ocupantes de cargos directivos no saben

cómo adquirirlo. Es posible que, al menos en parte, esta situación esté relacionada con la poca capacitación para la labor gerencial de que disponen actualmente sus directivos, como veremos más adelante.

¿Cómo, entonces, se participa en la toma de decisiones en el MDS? Para ilustrar la parte inicial del proceso, describiremos algo de lo observado en el Seminario de Coordinación antes mencionado. La reunión se llamó "Proposición de Medidas Técnico-Administrativas Específicas para la Coordinación de los Programas de Salud Apoyados por Proyectos de Cooperación Internacional". Vista la utilización casi nula de varios de esos fondos, se trataba de derivar de un diagnóstico previamente obtenido, propuestas concretas de solución. Para esto, se incluyó como material de trabajo un cuadro que sintetizaba las principales áreas-problema en el manejo de los proyectos.

La metodología del Seminario consistió en una serie de exposiciones sobre la problemática de la gestión de la Atención Primaria en tres áreas críticas, (Recursos Humanos, Apoyo Administrativo, Sistema de Información) seguidas de foros y trabajo en grupos. Estos últimos, a nuestro parecer, se limitaron a corroborar la existencia de los problemas, a ofrecer evidencias adicionales de ellos y a presentar sugerencias muy generales sobre cómo resolverlos: "mejorar la coordinación", "desarrollar metodología única de capacitación", "que se cumplan los dispositivos legales", "que los proyectos se programen conjuntamente" y "que se forme una comisión para resolver esto". Casi todas estas recomendaciones eran similares a las ofrecidas cuatro meses atrás, en el seminario anterior. Cuando en algún grupo de trabajo alguien hizo notar esto y sugirió que se intentara formular propuestas concretas o, cuando menos, una lista de posibles alternativas de acción, se le indicó que esa no era la función de los presentes. Simplemente, se dijo, se trataba de recomendar que la instancia pertinente revisara su proceso de gestión y lo ajustara según las críticas que se le habían hecho. La fase diagnóstica era la única que se consideraba competía a todos los participantes: identificar los "factores limitantes" y los "factores favorables" al desarrollo de la APS.

En ese sentido, quizás se logró algún objetivo secundario del evento: difundir entre todos aquellos que tienen alguna responsabilidad, directa o indirecta, sobre la APS del Ministerio (Nivel Central) y representantes, muy escasos, de otros sectores también involucrados en su gestión (MEFC, INP, organismos internacionales), el estado general de los proyectos. Pero no se ahondó en las causas de esos limitantes, por lo cual, poco se podía hacer para proponer soluciones concretas, cuya factibilidad hubiera sido considerada. No parece existir la costumbre de hacer propuestas o plantear alternativas específicas -a lo más se listan criterios generales a ser tomados en cuenta por los supuestos responsables-.

Quienes tienen responsabilidad sobre la toma de decisiones, enfrentan el problema de las limitaciones de los sistemas de apoyo que posee el Ministerio. La información de que dispone el funcionario es de difícil

acceso y, además, no se encuentra procesada de manera que facilite la propuesta de soluciones o la toma de decisiones. Ante la perspectiva de tener que coordinar con Informática y las dificultades anticipadas para ello, los que deciden lo hacen sin recurrir a esa oficina. Como veremos al tocar el rubro de Información, esto se ha convertido en un círculo vicioso, pues los generadores o procesadores de información saben que el producto de su trabajo no es un insumo importante en el actual proceso de toma de decisiones, lo que no constituye un estímulo al mejoramiento de su labor.

Existen, de otro lado, evaluaciones o informes de asesoría o investigación que podrían servir para guiar la toma de decisiones, pero que son desconocidos o "pasados por alto" por funcionarios claves. Encontramos informes evaluativos extensos sobre la ejecución del proyecto 219 en varias regiones del país, realizados por alumnos de la Escuela de Salud Pública, pero que están archivados en la Dirección de Salud Materno Infantil sin que, al parecer, nadie los haya leído. Los informes finales de asesores temporales del Ministerio tienen escasa difusión: muchos funcionarios recuerdan haber sostenido conversaciones con esos asesores, pero admiten no haber visto nunca los informes resultantes, aún cuando son relevantes a sus funciones y al rol de su instancia.

Tanto la centralización del poder decisorio, como la falta de sistemas adecuados de apoyo (información, evaluación, etc.) hacen que en la toma de decisiones primen factores de influencia o interés personal. Por ejemplo, frecuentemente se menciona el problema de la ausencia de una "carrera administrativa" como un factor que influye en la motivación del funcionario de Salud. Han habido propuestas para implantar un escalafón para los profesionales de salud que hacen labor administrativa (sólo lo hay para los asistenciales) que fueron bloqueados, según su principal gestor, por oposición personal de un alto directivo a quien podría haber afectado negativamente su creación. De manera similar, cuando recientemente se planteó la posibilidad de crear una nueva estructura, muchos funcionarios sostenían que la decisión (negativa) se sustentaría en factores personales más que en los considerandos y sustentación de la propuesta:

"El Ministro interpretará la sugerencia como una crítica a su gestión, y no la va a aceptar",

Otro problema que influye significativamente sobre la toma de decisiones o el proceso de gestión, en general, es el alto índice de rotación de los directivos. Esta rotación, según nuestros entrevistados, casi nunca obedece a criterios de eficiencia o conveniencia para la organización del Ministerio, sino, más bien, es expresión de "recompensa", "consuelo" o "castigo", según varios casos anecdóticamente descritos. Pesan mucho las decisiones de carácter político-partidario en esto. Una de las Regiones de Salud, por ejemplo, tuvo más de siete Directores en un solo año

y en casi todas hubo más de dos en ese mismo lapso. Esto parece haber afectado enormemente el avance de las actividades de Atención Primaria:

"...viene un director nuevo, que no sabe, debe aprender; eso demora, y cuando lo hace, ya lo están cambiando".

Por otro lado, el personal tiene que distraer parte considerable de su tiempo en presentar informes para familiarizar al nuevo ejecutivo con sus responsabilidades: "más cortos, más largos, más actuales; ¡nunca sirven los mismos!", comentaban, visiblemente mortificados, varios funcionarios de nivel intermedio. Para esto, tienen que suspender sus actividades normales durante muchas semanas, con cada nuevo cambio. La rotación del personal directivo es considerada por muchísimos funcionarios y por el personal operativo, como uno de los factores más adversos al progreso de la implementación de la nueva estrategia.

Finalmente, tocaremos el punto de la capacidad y la capacitación para el ejercicio de las responsabilidades directivas de los funcionarios del MDS. Ya en 1977 el director general de la Organización Mundial de la Salud señalaba, a los Ministros de Salud de las Américas

"... la catastrófica penuria de administradores sanitarios debidamente adiestrados en todos los niveles de adopción de decisiones y de ejecución. Si no emprenden ustedes con rapidez programas... de la especialidad de gestión, el objetivo de Salud para todos ... caerá en los oídos sordos de los tradicionales burócratas médicos".

Al ser interrogados sobre los determinantes del avance de la estrategia de APS en el país, solamente uno de nuestros entrevistados se refirió espontáneamente a que:

"Su poco avance... ha sido causado por el hecho de haber estado a cargo de técnicos sin experiencia en ese campo".

Sin embargo, las referencias a la incapacidad para la gestión administrativa de parte de los funcionarios de salud, surgían frecuentemente en el plano de la anécdota o del comentario al margen y siempre en referencia a "los otros". Por ejemplo, los directores del nivel central, reunidos en el Seminario de Coordinación, señalaron la "falta de orientación gerencial de directores de Regiones y Areas" mientras que en el transcurso de nuestras entrevistas con actuales y pasados directores del Ministerio recogimos comentarios como los siguientes:

"Nuestras instituciones no marchan. Un jefe dirige si tiene conocimiento y experiencia. Ahora ponen a dirigir a gente sin conocimientos y sin experiencia".

"No se necesita ser administrador para entrar aquí..."

"Se selecciona como altos directivos a profesionales muy destacados, pero que no saben administrar. Por eso nuestros mejores ministros han sido los no-médicos".

"En el MDS sucede que a quien quiere hacer mejoras, lo cambian. El que un director dure depende de si deja las cosas como están, que no intente hacer cambios. En la Región hubo un período donde los directores no duraban ni 5 meses; hasta que llegó uno que no movió nada y se quedó tres años".

Un director de Area confirmó la existencia de esta tendencia cuando definió su función de la siguiente manera:

"La misión de un director es evitar problemas"

Es por ello que ya existe conciencia en algunos funcionarios de la necesidad de desarrollar un sistema de capacitación con enfoque gerencial:

"Nadie duda de la buena voluntad de los actuales directivos, pero sí de su capacidad de gestión. A los médicos nos han saturado de salud, pero se ha descuidado el componente gerencial".

Algunos directivos lamentan que actualmente se nombren como directores a funcionarios que no han recibido los cursos básicos de la Escuela de Salud Pública, pero también se hacen muchas referencias a esos otrora "excelentes" cursos que "ya no lo son tanto". Las razones más frecuentemente esgrimidas son el "bajo nivel de los participantes" y la orientación excesivamente teórica de los programas. El entrenamiento se reduce a la acumulación personal de conocimientos, según un Director Ejecutivo, pero no sirve para modificar la conducta y las actitudes; no motiva a la gente para superar problemas, para aplicar a ello su intuición lógica y su voluntad. Por eso, decía, "estamos intoxicados de cursos"; mientras que varios entrevistados subrayaban la necesidad de encontrar nuevas estrategias y metodologías para la capacitación gerencial de los distintos niveles directivos, si se pretendía un desarrollo de la organización del Ministerio que lo hiciera capaz de implementar exitosamente sus estrategias, ya sea la de Atención Primaria o cualquier otra que en el futuro se propusiera llevar adelante.

VI

SUPERVISION

VI. SUPERVISION

Una de las más importantes medidas tomadas por el MDS para hacer posible la implementación de la Atención Primaria, fue la creación del sistema escalonado de niveles de atención. Tiene como base a la comunidad y debe articular, en función de ésta, a los servicios del resto de niveles, dentro de una concepción que priorice lo preventivo frente a lo asistencial, lo que implica un cambio radical en la línea tradicional de acción del MDS.

Dentro de este nuevo esquema de atención por niveles de complejidad y especialización crecientes, la supervisión tiene un rol fundamental para garantizar el funcionamiento del sistema, de acuerdo a los requerimientos de la Atención Primaria. En este sentido, el PNAAPS '80-'83 señalaba que:

"La supervisión constituye una función que forma parte del proceso administrativo y es el medio principal para poner en práctica la política del sector en cuanto a APS se refiere". (subrayado nuestro)

Sin embargo, tanto los documentos evaluativos como nuestros entrevistados señalan que la supervisión es escasa y no adecuada, lo que constituye un factor adverso a su desarrollo.

Las normas vigentes señalan la cantidad de visitas de supervisión que debe hacer cada nivel a su inferior inmediato. Sin embargo, y por una serie de razones (entre ellas, la falta de fondos), no se puede cumplir con lo requerido. Por ejemplo, en el Seminario de Reprogramación

anteriormente descrito, el equipo de una región presentó el cuadro siguiente:

Cuadro No. 5

VISITAS DE SUPERVISION 1983

NIVELES	Programadas No.	Ejecutadas	
		No.	%
A Localidades	940	215	22
A Puestos Sanitarios	350	62	20
A Centros de Salud	60	15	25
A Areas Hospitalarias	24	10	41

Fuente: Seminario de Reprogramación de Proyectos AID/GOP-
Callao-1984

Como se puede apreciar, es sumamente bajo el nivel de cumplimiento (en promedio sólo se ha ejecutado un 27% de lo programado).

Si, además, se tiene en cuenta que muchas visitas a niveles inferiores son consideradas gratuitamente como visitas de supervisión, a pesar de haber tenido otra finalidad (asunto que desarrollaremos más adelante), es probable que el nivel de cumplimiento real sea aún menor. Así, por ejemplo, la enfermera de un Centro de Salud visitado, sólo recordaba una visita de supervisión a su servicio en el año 82 y otra en el 83. Esta última fue con ocasión de la clausura de un cursillo, actividad que ocupó la atención preferencial de los supervisores. Según las normas, el equipo del Area Hospitalaria debiera supervisar al del Centro de Salud 4 veces al año. La obstetriz del mismo Centro recordaba 8 "supervisiones" en 18 meses, pero limitadas al contenido técnico de su labor como obstetriz y al programa de alimentación escolar que le había sido encargado. La odontóloga había sido "supervisada" una vez en dos años, y no recordaba ninguna visita de supervisión integral al servicio. Los auxiliares, con tratados recientemente, creían que había habido una supervisión reciente, pero que "los del Area vinieron después de las 2 de la tarde, cuando no estábamos aquí".

Otra manera en que se hace evidente la falta de supervisión, es observando lo poco que este componente del Proyecto 219 ha gastado. Según una evaluación financiera del proyecto, presentada en el Seminario de Reprogramación de 1984, en los planes operativos aprobados desde 1980 se programó la utilización de la totalidad de los fondos e, incluso, más de lo asignado originalmente a este componente. Sin embargo, hasta esa

fecha sólo se había desembolsado un 36% de lo programado. Es uno de los rubros en los que se ha gastado menos (con la sola excepción del componente de Evaluación e Investigación en el que se ha gastado un 19%), lo que contradice la importancia verbalmente otorgada por el MDS a esta función.

El Módulo Autoinstruccional de Supervisión, un documento normativo recientemente desarrollado en el Ministerio, señala que la supervisión es un instrumento indispensable para el desarrollo de los programas y la ampliación de la cobertura de salud. Afirma que en el nivel operativo, especialmente, debe tener un enfoque integral que abarque todos los elementos normativos, técnicos y administrativos necesarios para la ejecución de sus programas. Sin embargo, en la práctica, la supervisión no es integral. Por el contrario, casi siempre lo que se supervisa es la "calidad técnica" de alguno de los servicios profesionales-curativos que se prestan en un establecimiento. Otras veces, se supervisa sólo las actividades de un proyecto específico o alguno de los programas verticales del Ministerio (tuberculosis, inmunizaciones, etc.). La falta de programas locales contribuye a que las supervisiones sean de corte parcial.

Como en los últimos años, el único dinero para gastos de supervisión ha sido el de los proyectos de APS, el contenido de aquella ha estado principalmente relacionado con esos proyectos. Pero no siempre se supervisa el cumplimiento de todos sus componentes. Así, pudimos observar durante una visita de supervisión a Centros de Salud, Puestos Sanitarios y localidades, que se dedicó mucho tiempo a la revisión de la dotación de equipos y medicamentos, a controlar las horas y días durante las cuales el establecimiento estaba abierto al público y a "examinar" al personal sobre técnicas y procedimientos de atención. Mucha menor importancia se otorgó a la frecuencia y contenido de las actividades educativas, a los problemas que dificultan la supervisión o la transmisión de información, a las necesidades de capacitación del personal y a las relaciones de éste con la comunidad. En ningún momento se tocaron aspectos de saneamiento ambiental.

Por otro lado, el planeamiento de la supervisión suele hacerse improvisadamente. Los cronogramas de visitas, nos decía un entrevistado, se elaboran teniendo en cuenta las normas sobre la cantidad de visitas a realizarse por cada nivel, sin tomar en consideración factores como disponibilidad de personal o cambios climáticos o estacionales que pueden impedir se cumpla con lo cronogramado. Esto, porque por lo general se elaboran sin participación de quienes, en cada nivel, tienen funciones de supervisión.

También sucede, frecuentemente, que las supuestas visitas de supervisión obedecen a otros motivos, pero se "aprovechan" para "supervisar":

- Se viaja por problemas específicos surgidos en una zona, y se le da a ese viaje la categoría de "viaje de supervisión".

- Se aprovecha viajes con fines como cursos, seminarios, investigación.
- También se cuentan como "viajes de supervisión" las visitas de observación de asesores internacionales a niveles locales, acompañados por personal del MDS.

Es razonable, teniendo en cuenta la escasez general de fondos, que se intente aprovechar otros viajes para supervisar a los establecimientos de la zona. Sin embargo, por no hacerse con el necesario planeamiento y coordinación, pueden no cumplirse los objetivos de la supervisión, aunque se crea una falsa impresión de cumplimiento. La supervisión que observamos es un ejemplo en este sentido.

Cuando se comentó con el personal de la región nuestra intención de viajar a una zona rural para observar el desarrollo del Proyecto 219, ofrecieron entusiastamente acompañarnos y aprovechar la ocasión para hacer una supervisión. Cuando se intentó hacer un "plan", el personal de salud interesado no sabía si recientemente se había hecho supervisión en la zona. Mientras un funcionario del nivel central sostenía que se había ido ya dos veces ese año, en la región afirmaban que una de esas visitas fue para observar el desarrollo de un proyecto (de la OPS), mientras que la otra fue para la clausura de cursos de capacitación. Hasta dos días laborables anteriores, no se habían hecho planes para el transporte. Nadie conocía bien la zona, y el único mapa con que se contaba era un croquis obtenido por nosotros.

El equipo supervisor tenía en mente visitar, en la mañana del viaje, un Puesto Sanitario y dos localidades fácilmente accesibles. El tiempo sólo alcanzó para visitar el primero. Al día siguiente, en coordinación con personal del Centro de Salud, se determinó otras localidades que era conveniente visitar.

El planeamiento apresurado conduce a que no se incorporen las instancias y niveles que las normas de supervisión indican. La "supervisión" que anteriormente realizó la región a localidades aledañas con el Asesor de la OPS, no incluyó al personal del Centro de Salud, como correspondría. En nuestro caso, sólo se incluyó a una persona del Area Hospitalaria, a último momento.

Por otro lado, tampoco está claramente establecido quién debe encargarse de la supervisión en cada nivel. A nivel regional, por ejemplo, hay una instancia cuya función principal es la supervisión (la Dirección de Normas y Supervisión). Sin embargo, en la región que visitamos, por haberse operado una especie de "división del trabajo" en la responsabilidad sobre los proyectos de cooperación internacional en ejecución, sucede que esa instancia se ocupa prioritariamente de lo relativo a la supervisión de un Proyecto de APS que le ha sido asignado, mientras que la Unidad de Capacitación supervisa el Proyecto 219.

Otro problema es la falta de guías formalmente aprobadas para facilitar el proceso de supervisión. Un asesor del MDS señalaba que "normas, manuales, perfiles de personal de salud, guías de supervisión, por nombrar sólo unos cuantos, están archivados sin haber sido aprobados o desaprobadados por quienes tienen poder de decisión". Esto da pie a que cada instancia interesada elabore y use su propia "guía de supervisión", referida sólo a algunos programas, proyectos o actividades. Recientemente, ha entrado en uso el Módulo Autoinstruccional en Supervisión con resultados positivos. Sin embargo, hemos constatado que se confunde aquél, que es un instrumento de difusión y capacitación, con una guía de procedimientos, y como tal se le critica.

Dentro del nuevo enfoque que propugna ese Módulo, la supervisión es un:

"Proceso técnico-administrativo de investigación y análisis que persigue el desarrollo integral de las personas, facilita la toma de decisiones y el mejoramiento de la calidad de los servicios y en el que el supervisor y supervisado actúan permanentemente inmersos en un proceso de enseñanza-aprendizaje" (Módulo Autoinstruccional).

Sin embargo, nuestros entrevistados opinaban que esta concepción aún no ha sido internalizada por el personal del MDS. Tuvimos evidencia de esto; cuando un directivo de área definió la supervisión como "educación con una encuesta que se hace al supervisado y se le deja una copia". Aún se utiliza la supervisión como "amenaza" para que se cumpla efectivamente una función; en otros casos se hace supervisión para fiscalizar el trabajo del personal, sin incluir el necesario apoyo y asesoría cuando se encuentran problemas. Por último, cuando se repite muy seguidamente, los supervisados suelen interpretarlo negativamente: "Van a pensar que están pésimo...", nos advirtió un funcionario que creía que la zona a donde viajaríamos había sido supervisada recientemente.

Muchos funcionarios y supervisores persisten en una actitud paternalista frente al supervisado: "Si no se hace supervisión, no se hace nada. Las personas son como niños, les gusta que se vea cómo trabajan ... o ...hay que dar indicaciones, no recomendaciones, porque si no, no cumplen". Esto contradice la intención de hacer del proceso de supervisión un proceso mutuo de enseñanza-aprendizaje entre supervisor y supervisado.

La Dirección de Programación y Evaluación tiene la responsabilidad formal de elaborar las normas y guías para conducir el proceso de supervisión. Sin embargo, no cuenta con recursos financieros para ejecutar sus programas, salvo la ayuda de organismos internacionales que la apoyan en asuntos específicos (por ejemplo, la OPS apoyó financiera y técnicamente la elaboración, así como la prueba del Módulo Autoinstruccional). En

cambio, otras instancias ejecutivas como la Dirección de Salud Materno-Infantil o la Dirección de Atención Primaria cuentan con fondos de los Proyectos que están bajo su responsabilidad y que tienen un componente destinado a apoyar la supervisión. Sin embargo, no existe la coordinación necesaria entre estas instancias y la DPE (todas de la Dirección General de Servicios de Salud), a fin de aunar esfuerzos para mejorar el proceso de supervisión. Mucho menos aún se coordina con las Direcciones Generales normativas o de apoyo, aunque el Módulo Autoinstruccional señala claramente:

"El hecho de que los contenidos de la supervisión sean diferentes, no quiere decir que no debe existir coordinación entre ambos órganos de dirección (normativos y ejecutivos). La integración se hace necesaria, pues la normación es básica para aplicar el proceso administrativo en la ejecución de los programas de salud y en la evaluación de la misma".

Un jefe de la OGA se quejaba del "descuido de la parte contable" en las visitas de supervisión y reclamaba la necesaria participación de Administración en ellas. La finalidad era poder detectar los problemas en el manejo contable, posibles causantes de la demora en la ejecución de proyectos de APS, y así poder plantear alternativas de solución.

La supervisión dentro de la estrategia de APS requiere de una coordinación estrecha entre las instancias que de una u otra forma tienen que ver con el desarrollo de los programas o proyectos. Para ella, así como para los demás elementos de la estrategia de APS, se requiere la superación de la tradición "verticalista" del Ministerio. La manera de lograrlo, los mecanismos de coordinación interna adecuados, no parecen haber sido diseñados todavía.

VII

RECURSOS FINANCIEROS

VII. RECURSOS FINANCIEROS

La asignación de recursos financieros a salud es insuficiente, incluso para cubrir sus necesidades de operación. La queja más común de los funcionarios del MDS apunta al hecho de que cada año se les asigna un porcentaje menor del presupuesto público, lo que impide, señalan, un eficaz cumplimiento de las metas trazadas y atenta contra el bienestar y salud de la población del país.

Sin embargo, se da la situación contradictoria de que cada año re vierten al Tesoro Público fondos asignados pero no utilizados por el MDS. También permanecen sin utilizar fondos de cooperación técnica internacional. La evidencia de este hecho sustenta decisiones del Ministerio de Economía para seguir disminuyendo los recursos asignados al Ministerio de Salud. Sucede también que se concentra el uso del dinero disponible en los niveles más centrales (el hospital y los servicios más especializa dos) y es muy poco lo que llega a la periferie del sistema de salud, con tradiciendo así sus enunciados de política.

En el informe presentado a la conferencia de Alma Ata, el gobierno del Perú declaraba haber formulado como una de sus estrategias para el impulso de APS, "incrementar los recursos financieros nacionales y canali zarlos, al igual que los procedentes de la cooperación técnica internacio nal, al reforzamiento de los escalones de base del sistema de servicios de salud y al desarrollo de la Atención Primaria".

Es decir, que se reconocía que la implementación de la APS no sólo requería un aumento de la asignación global de recursos financieros al sector, sino una cabal redistribución dentro del mismo, de modo que se asignen los recursos priorizando los niveles inferiores, lo que implicaba desarrollar y mejorar su capacidad operativa y, en general, impulsar el

mejoramiento del sistema administrativo. Sin embargo, la realidad dista mucho de lo expresado verbalmente.

Desde el Proyecto de PNAAPS del año 1979, que marca los inicios del compromiso formal del MDS por impulsar la estrategia de APS, se vislumbró el problema de la escasez de recursos financieros, por lo que se señaló la necesidad de financiar esta estrategia con recursos del Tesoro Público y fondos provenientes de la cooperación internacional, especificando los rubros que cubriría cada fuente. Así, la difusión del concepto de APS y sus implicancias, mediante la convocatoria a seminarios regionales, y las primeras experiencias de capacitación, fueron posibles gracias al apoyo de OPS y UNICEF. Luego, a finales del mismo año, el Grupo de Trabajo de APS consiguió una partida de 400 millones de soles para equipamiento del personal comunitario capacitado, supervisión, etc., que, aunque entregada tardíamente, fue gastada antes del final del ejercicio. También se logró una apertura programática que creaba el subprograma de apoyo a APS en las regiones, pero el PNAAPS 80-83 señaló que había "falta de correspondencia" entre las decisiones políticas y la asignación real de recursos:

"La apertura presupuestal en el año 1979 considera el subprograma de apoyo a la APS, sin embargo, en la mayor parte de ámbitos administrativos, no se ha traducido en la asignación económica correspondiente"

En 1980, se tuvo a disposición una mayor cantidad de fondos gracias al Proyecto 219 con AID y al incremento del aporte del Tesoro Público, pero éstos no fueron gastados en su totalidad en desarrollar el programa. Según afirma un antiguo funcionario del MDS, la asignación del Tesoro fue usada en la preparación del Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud (PNACS), en el que se centraron los esfuerzos de la nueva administración.

Con el cambio de gobierno, entonces, el PNAAPS quedó en suspenso y los únicos fondos disponibles específicamente para APS fueron los de la cooperación internacional. En 1983 se abrió la unidad presupuestal No. 8, de Apoyo a la Atención Primaria; sus principales fuentes de financiamiento siguen siendo donativos, endeudamiento externo y fondos de cotrpartida correspondientes a varios proyectos.

Los funcionarios del MDS aducen que si bien es cierto que son pocos los recursos, también lo es la no utilización adecuada de estos fondos por el MDS. La exposición que sigue busca presentar los factores internos al MDS que, según su entendimiento, están impidiendo una distribución y gasto de los recursos financieros disponibles en forma adecuada, a los lineamientos de la estrategia de Atención Primaria.

1. El frecuentemente aludido problema de la demora en la rendición de cuentas.
2. El insuficiente conocimiento de las normas administrativas y contables que se achacan mutuamente médicos y contadores.
3. La tensión entre las direcciones técnicas y la administración, definida por los ejecutores como "obstruccionismo" de parte de los administradores y por éstos, como "incapacidad ejecutiva" de aquéllos.
4. La ausencia de programas adecuadamente sustentados y de programas locales.

1. Por rendición de cuentas nos referimos a la obligación que tienen las regiones de informar al nivel central sobre los gastos efectuados en un período determinado, antes de que se les pueda enviar fondos adicionales para la continuación de las actividades en el siguiente período. En el caso del proyecto 219, por ejemplo, los presupuestos contenidos en los planes operativos están formulados por trimestres. Para que AID entregue los fondos aprobados para una región en un período dado, ésta deberá sustentar satisfactoriamente el gasto de por lo menos un 66% de todos los anteriores envíos. Esta rendición de cuentas es responsabilidad de las regiones, pero requiere, obviamente, la colaboración activa de todas sus Áreas Hospitalarias incluidas en el proyecto, ya que sólo se puede "rendir" si todas ellas remiten la información necesaria.

El atraso constante en el cumplimiento de este requisito ha sido un problema señalado como fundamental en el bajo nivel de ejecución de los proyectos con AID. Así, por ejemplo, en abril de 1984, la OGA informaba que del total de fondos girados a través del Proyecto 219, entre 1980 y 1984, aún estaba pendiente de rendición el 49%. Entre enero de 1983 y abril de 1984 ninguna región recibió más que lo correspondiente a un solo trimestre; muchas de ellas recibieron sus partidas en marzo del 83 y tenían saldos pendientes de rendición un año después. No sorprende entonces que del total del presupuesto disponible como préstamo para el 219 y que se suponía se gastara en 3 años (1979-82), sólo se hubiera girado un 30%.

Esta demora en la rendición de cuentas según consta en documentos evaluativos de los proyectos y en la opinión de nuestros entrevistados, puede deberse a una variedad de razones:

- a. Que el dinero no llegó a los niveles operativos sino hasta mucho después que fue "remesado" por la OGA y no se ha gastado aún.
- b. Que los fondos se quedaron en la región, subutilizados.

- c. Que se gastaron en otras cosas "urgentes".
 - d. Que por falta de conocimiento de los Planes Operativos y de directivas claras del nivel superior, no se sabe en qué se puede gastar.
 - e. Que no se han ejecutado ninguna de las actividades programadas por indiferencia o incapacidad.
 - f. Que las exigencias de documentación sustentatoria de gastos son exageradas e incumplibles.
2. Otro problema que afecta al MDS en todos los niveles es la falta de difusión y conocimiento de las normas que regulan todo el proceso contable. Nuestros entrevistados sostienen que en los niveles operativos los contadores no disponen del conocimiento necesario para llevar eficientemente el manejo contable y que por el temor a caer en malversación de fondos, prefieren limitar al mínimo las acciones que exijan un movimiento contable, no utilizándose los recursos financieros disponibles. Los directores de Areas Hospitalarias y Regiones, así como los encargados de coordinar los Proyectos, tampoco han recibido instrucciones al respecto y, como su preocupación es efectuar las acciones, presionan constantemente a sus contadores. Así se llega a situaciones tales como la que se presentó en el seminario de Reprogramación de los Proyectos de AID, donde un doctor de la región de Huánuco "acusó" a la OGA de estar generando administradores tímidos que tienen temor a tocar todo y que antes que eso prefieren devolver los recursos. Luego indicó que debían haber cambios profundos en la administración.
- Por ignorancia se siguen mal los procedimientos, el flujo de fondos se traba por falta y/o demora en la rendición de cuentas y se genera un conflicto, además de la imposibilidad de llevar a cabo las acciones planeadas por la retención de las remesas necesarias para su operativización. Frente a esta situación, la OGA está llevando a cabo un plan de capacitación administrativa en diversas regiones con apoyo de AID. Pero aún no se perciben los efectos que tiene en el manejo contable y administración regional de los proyectos de apoyo a APS.
3. Un problema identificado en el MDS como el que está detrás de que no se cumpla en forma oportuna tanto el envío de remesas presupuestas como los informes contables de gastos, y que limita la capacidad de ejecución en todos los niveles, es el divorcio que existe entre la parte técnica (instancias normativas y ejecutivas) y la parte contable, expresado en una serie de acusaciones mutuas. Las Direcciones Técnicas opinan que la parte contable cumple una función "contro

lista", que no permite una mayor capacidad de gasto, que son el "cuello de botella", que tienen "exceso de celo y miedo por desconocimiento o interpretación errónea de normas", etc.

Los contadores, por su parte, acusan a la parte técnica de ser inoperante para ejecutar y rendir cuentas, y que si se limita a los directores generales en sus requerimientos es "porque existen requisitos legales que cumplir".

Por otro lado, la actitud asumida tanto por la parte técnica como por la contable, defendiendo como propio su "territorio" de acción, degenera en un serio problema entre profesionales (médicos vs. contadores). Dejando de considerar en primer plano los objetivos de la institución, ese conflicto no permite un acercamiento o coordinación entre ambas partes.

Este problema puede quedar ilustrado con lo sucedido en el Seminario (abril) donde se iban a proponer alternativas técnico-administrativas para mejorar los problemas de coordinación que existían con los diferentes proyectos de APS. Allí se vió como problemas la poca capacidad de gasto en las regiones, la demora en la rendición de cuentas y otros. En vez de buscar posibles alternativas, ocurrió una suerte de "batalla" donde se hacían acusaciones entre la parte técnica y la contable, entre contadores y médicos, buscando a los posibles "culpables". Se propuso la creación de una oficina de administración al interior de la Dirección General de Servicios de Salud. En vez de buscar formas concretas de acercamiento, se buscó cortar la relación entre ambas instancias.

En general, podríamos decir que ninguno de estos problemas es privativo a la gestión de la APS. Podemos imaginar que los mismos interferirían con la ejecución de cualquier programa o proyecto del MDS, especialmente si ellos involucran la participación de varios niveles administrativos y a todas o muchas de las regiones de Salud. Quizás sean sólo problemas que obstaculizan exageradamente el desarrollo de la APS por el hecho de que casi todos los recursos asignados a ella provienen de proyectos de cooperación técnica, cuyas agencias financieras suelen supeditar el envío de fondos a la comprobación de gastos anteriores, satisfactoriamente realizados, más allá de lo que suele exigir el propio ministerio a sus órganos ejecutores. En todo caso, parecería urgente, y así lo dicen los funcionarios del MDS que entrevistamos, encontrar fórmulas para desconcentrar los procedimientos administrativos y de formulación y ejecución presupuestal de manera que los recursos disponibles lleguen a los niveles donde se ha de implementar la Atención Primaria y se gasten en ésta.

4. La ausencia de programas adecuadamente sustentados (ver Capítulo

II) dificulta grandemente la relación con las instituciones extrasec toriales vinculadas a la elaboración y ejecución del presupuesto, especialmente el Ministerio de Economía. A éste no le llega suficien te información, por lo cual no asigna las cantidades requeridas por el Ministerio de Salud, ni distribuye esa asignación conforme a las prioridades establecidas formalmente en los lineamientos de política del sector.

Igualmente, el hecho de que tradicionalmente no se elaboren progra mas locales, impide que los niveles operativos se enteren siquiera de que existen recursos disponibles para la ejecución de actividades de APS y los reclamen oportunamente.

En el Centro de Salud que visitamos, por ejemplo, el personal desco nocía la naturaleza del P219 y el hecho de que los Planes Operativos -elaborados en el Area Hospitalaria sin su participación- incluían recursos asignados específicamente a ellos, para actividades que lamentaban no poder realizar por falta de fondos.

VIII

I N F O R M A C I O N

VIII. INFORMACION

Lo que más llama la atención a quien por primera vez se detiene a observar el sistema de información existente en el MDS, es una irónica pero sólo aparente contradicción. Por un lado, el personal operativo de todos los niveles administrativos y de servicios lamenta tener que registrar un exceso de datos estadísticos. Por otro; los responsables de la aplicación de la estrategia de APS, en todos esos niveles, se quejan de la falta de datos oportunos y correctos para poder tomar decisiones racionales en su gestión. Esta carencia se hace especialmente evidente, cuando se pretende programar acciones o posteriormente evaluar su impacto para modificarlas. Es para esos procedimientos, declaran, que se hace obvio que en vez de disponer de "un montón de información" lo que se tiene es "un montón de problemas".

Esto contrasta nítidamente con lo anticipado cuando se formuló el PNAAPS en el año 79, donde se estipulaba que el formato que se utilice para la recolección de información "debe ser elaborado con un mínimo indispensable de datos y sencillo en su manejo". Sin embargo, incluso desde entonces, según un funcionario de Informática, las exigencias de información que impuso la Dirección General de Programas de Salud eran excesivas:

"Si el promotor hubiera registrado todos los datos que se le pedía, no le hubiera quedado tiempo para realizar acciones".

Según esa misma persona, la oficina accedió a elaborar formularios para satisfacer todas esas demandas, convencida de que cuando los probaran

en el terreno, se haría evidente la necesidad de modificar y reducirlos. Pero, olvidando que hay una tendencia a que "lo transitorio se vuelva de finitivo", se encuentra ahora con la presente situación: miles de formularios distintos que deben ser llenados en cada nivel y transmitidos a escalones superiores, que duplican datos, que sólo tienen una cobertura parcial, que están desactualizados y que no pueden ser procesados uniformemente, ni retroalimentados en forma digerible a sus solicitantes.

Por esta razón, frecuentemente se tienen que tomar decisiones sobre bases intuitivas, lo que se reconoce como una práctica gerencial poco conveniente. Otras veces, se actúa como si los datos fácilmente asequibles fueran suficientes, aún a sabiendas de que no son correctos o que no son indicadores adecuados de una situación que se quiere describir para poder proceder a transformarla. Se puede imaginar las repercusiones que esto tiene para la elaboración de planes o programas.

Es por estas razones que cada proyecto, programa o unidad responsable suele intentar subsanar esas deficiencias diseñando su propio minisistema de información. Esto, sin embargo, contribuye aún más a la sobrecarga y poca utilidad de los datos recogidos. Muchos funcionarios y asesores del MDS han llegado al convencimiento de que es indispensable reducir al mínimo la cantidad de datos que deben ser registrados en cada nivel y racionalizar la proporción de ellos que deben ser transmitidos de un nivel a otro. Para ello, dicen, se requiere arribar a un consenso sobre cuál es ese "mínimo indispensable" de datos que requieren comúnmente todos, o casi todos, los responsables de programas y proyectos del Ministerio y de los niveles jerárquicos inferiores, para poder ejecutar sus funciones. Lo que no se puede observar es un esfuerzo sostenido para arribar a ese consenso. En todo caso, esfuerzos recientes parecen haberse concentrado en el nivel central, con el riesgo consiguiente de que no se tomen en cuenta las necesidades de los niveles operativos inferiores, los que también requieren recoger y recibir información básica, que pueda ser analizada y utilizada por ellos mismos.

Un alto directivo de Informática, juzgaba que:

"A nivel de Área o Centro de Salud, no se necesita tanta información, porque su ámbito de decisión es muy estrecho: atiende o no atiende. No puede reasignar recursos. Por lo tanto, para ellos, un sistema de información no es un insumo de importancia".

Esto parece contradecir uno de los requerimientos para el desarrollo de la APS (desarrollo que debe ser impulsado con el apoyo del sistema de información del MDS), que es, precisamente, la ampliación de los márgenes de decisión de los niveles periféricos e intermedios, la desconcentración de la administración y del poder de decisión del nivel central.

Por otro lado, no parecen faltar directores que aceptan la idea de

un sistema único de información para la gestión de la APS, siempre y cuando ese "sistema único" sea el que ya viene usando "su" proyecto, programa o dirección. Nadie quiere "renunciar" a ninguna de sus necesidades de información; todos pretenden que el "sistema único" las incorpore todas, aunque sean muy específicas, a programas o proyectos individuales.

Como en todas las demás fases de gestión de la APS, el diseño de un sistema de información apropiado requiere la participación coordinada de la mayor parte posible de Direcciones del Ministerio y de representantes de cada uno de los niveles del sistema organizacional. La coordinación de este esfuerzo por desarrollar un sistema único de información recaería naturalmente en la Oficina Sectorial de Informática y Estadística. Sin embargo, la capacidad operativa de ésta se ha visto copada durante años por el apoyo que brinda a Personal y a Administración, en la elaboración de planillas, con menoscabo del cumplimiento de sus funciones orgánicas. Recientemente, se le ha relevado de aquella responsabilidad, pero se encuentra ahora con el problema de que su personal ni está capacitado ni es suficiente para asumir sus funciones primordiales, entre las que están, por ejemplo, el priorizar los requerimientos de procesamiento de datos de los órganos del ministerio, y realizar estudios, con los usuarios, para mejorar la calidad de la información. Como no contaban con los recursos adecuados, las direcciones ejecutivas que han manejado programas o proyectos de APS no han coordinado suficientemente con la oficina de Informática hasta muy recientemente. Funcionarios de esa dependencia manifestaban que, a pesar de que están informados de que cada uno de esos proyectos tiene un rubro para el desarrollo de un sistema de información, y de haber asistido a muchas reuniones de coordinación, nunca han podido saber en qué consisten esos componentes, ni han leído alguno de los convenios:

"Me dicen que tengo una responsabilidad que cumplir, que hay dinero para Información, pero la verdad es que no conozco lo que debo hacer".

Por otro lado, también los usuarios potenciales del sistema requieren de cierta capacitación. Hemos podido observar que no son pocos los que aún piensan que todo el problema puede solucionarse con más o mejores computadoras, calculadoras, formularios magnéticos o paquetes para análisis estadístico. Algunos creen que el problema estriba sólo en la poca capacidad o motivación del personal operativo para registrar y transmitir información.

Por último, como manifestara un directivo de la Oficina Sectorial de Información y Estadística, existe una:

"...extremada volubilidad de los usuarios en la definición de

los datos o parámetros que juzgan necesarios para la programación, evaluación y, sobre todo, para la toma de decisiones".

A su modo de ver, como al de muchos otros de nuestros informantes, es urgente difundir exhaustivamente los objetivos de un sistema de información; cambiar la imagen de que se trata simplemente de acumular y procesar datos rápidamente, sino que, más bien se requiere antes que nada, establecer las necesidades de información para desarrollar, ejecutar y evaluar programas, en cada uno de los niveles de la organización, incluido el nivel comunitario.

IX

EVALUACION

IX. EVALUACION

La Atención Primaria es una estrategia de nueva aplicación que tiene un carácter experimental en los países que la han adoptado. Por ello, su implementación debería incluir desde el inicio un proceso de evaluación continua, que permita "asegurarse de que la APS funcione adecuadamente y de que la experiencia adquirida se aproveche para mejorar el programa" (16).

El Perú, ya en la IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, había manifestado su acuerdo con la importancia de realizar evaluaciones sistemáticas, que permitieran que el proceso de implementación de APS se fuera perfeccionando en base a la experiencia adquirida:

"La magnitud y profundidad de los cambios y los plazos en que se debe realizar la extensión de la cobertura exigen que el proceso se perfeccione por aproximaciones sucesivas, con base en el conocimiento y experiencia que se vaya obteniendo. Por lo tanto, la evaluación sistemática del proceso es fundamental y debe analizar no sólo los resultados de la programación, sino cada una de las nuevas circunstancias que el sistema va generando".

Posteriormente, con la adopción por el Perú de la estrategia de APS, se vió la necesidad de hacer investigaciones que permitieran medir el impacto de los programas. Por ello se pensó realizar una "Encuesta Base de

(16) Ministerio de Salud. Informe sobre Atención Primaria de Salud; Presentado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, Alma Ata, URSS; 6-12 setiembre 1978.

Salud y Nutrición", la cual serviría como una línea inicial de comparación. Conociendo bajo qué condiciones se iniciaba el programa y hacia dónde se quería llegar, se podía en un futuro confrontar si se estaban o no logrando los objetivos trazados por el MDS. Sin embargo, esta encuesta recién se ha llevado a cabo en 1984, lo cual ha imposibilitado obtener balances de lo logrado hasta ahora.

Así, por ejemplo, el Proyecto 527-0219 "Extensión de Coberturas" incluía, entre los requisitos del Convenio, el compromiso de ejecutar una evaluación formativa y dos evaluaciones profundas durante la ejecución del Proyecto. La primera debería realizarse luego de los primeros 6 meses del inicio de actividades; la primera evaluación profunda, al finalizar el primer año; y la evaluación final debería realizarse al finalizar el tercer año.

Las evaluaciones de avance del Proyecto están contenidas en los siguientes documentos:

1. Informe de Evaluación Operativa del Proyecto 527-0219 AID/GOP: Enero 80-Julio 81. Comisión Nacional de APS 1981.
2. Las Evaluaciones del Proyecto 527-0219 AID/GOP en varias regiones de Salud, realizado por la ESP, en 1982.
3. La Evaluación de las Actividades de APS en el Perú realizada por la Comisión Nacional de APS. 1982.
4. Informe de diversos asesores del proyecto durante 1983.

Los documentos incluidos en el No. 2 y 4 han tenido escasa difusión, mientras que los otros no son muy útiles como instrumentos de gestión, por las siguientes razones:

- a. Utilización de datos poco confiables:

"La calidad de la información recibida, la consideramos en muchos casos deficiente y de relativa confiabilidad".

- b. Metodología orientada más a la medición de la utilización de un instrumento que a la del logro de los objetivos o "evaluación de impacto". Así, por ejemplo, la evaluación hecha por la Comisión Nacional de APS en 1982, se planteó determinar el número de cursos de capacitación y de educación continuada dirigidos a parteras, promotores y auxiliares sanitarios realizados en el período 1979-82, el número de establecimientos incorporados a la estrategia de APS, el número y tipo de recursos humanos que realizan actividades de salud en el primer nivel de atención, metas alcanzadas en visitas de supervisión, etc.

- c. Conclusiones y recomendaciones basadas en información distinta a la descrita en la metodología seguida, no haciendo atenciones debidas a la reconocida mala calidad de los datos recogidos. Así, se llegan a conclusiones respecto a la organización administrativa del MDS, a la falta de uniformidad conceptual respecto a la APS y a las deficiencias de la coordinación intersectorial, que no están sustentadas en los datos listados en el anterior punto b; que se recogieron en las regiones de Salud.
- d. Con estas limitaciones, resulta incongruente concluir, por ejemplo, que: "La información obtenida permite comprobar el papel fundamental de la APS en la extensión de las coberturas de servicios, desde que en el plazo de cuatro años se ha duplicado la atención a las personas, resultado que no se hubiera podido alcanzar con otras estrategias de atención y que seguramente ha contribuido a mejorar los niveles de salud" (Evaluación 1982).

Aparte de los citados documentos, los planes operativos del Proyecto 219 incluyen una sección de evaluación de avances. Tuvimos oportunidad de observar cómo se cumplía con el requisito previo de evaluar lo logrado en el período anterior, durante un Seminario de Reprogramación. Casi todas las regiones participantes presentaron cuadros estadísticos donde se comparaba lo programado con lo ejecutado, en términos puramente cuantitativos y a menudo inflando abiertamente las cifras, "para poder pedir más". En algunos casos, ni siquiera se presentaba metas logradas en relación a número de actividades programadas, sino que se utilizaba como indicador el porcentaje del presupuesto asignado que fue efectivamente gastado.

Quizás por reconocerse la mala calidad de los datos usados en la elaboración de los indicadores convencionales de salud, no se hizo intento alguno por medir, o siquiera estimar, el impacto de las acciones realizadas sobre la situación de salud. Como dijo una enfermera participante: "Según los datos que me dió la Unidad de Estadística, estamos mejor que en Europa".

Por otro lado, se demostró poco interés en compartir y discutir aspectos cualitativos de la ejecución de los proyectos: los representantes de las regiones y Areas se limitaban a presentar sus listas de "factores dinamizadores" y "factores retardadores", sin intentar ningún análisis.

La evaluación así realizada no sirvió como un insumo importante para la subsecuente programación, ni proporcionó criterios para distinguir entre "lo deseable" y "lo realizable". Por ello se programó aplicando ciega, y ni siquiera correctamente, las normas de cobertura y las directivas de nivel central. (Esto fue ya expuesto en el capítulo sobre Planes y Programas).

Las deficiencias de este proceso conducen a que la evaluación no sea sino un mero ritual, cuyos formalismos se ejecutan simplemente para satisfacer exigencias de la entidad financiadora de los proyectos, pero cuya utilidad para el proceso de gestión (tanto de los proyectos en cuestión, como de cualquier otro programa que quisiera desarrollar el MDS) es sumamente dudoso.

A N E X O
LISTA DE CARGOS DE
FUNCIONARIOS Y PERSONAL
ENTREVISTADO EN EL
MINISTERIO DE SALUD

Anexo

LISTA DE CARGOS DE FUNCIONARIOS Y PERSONAL ENTREVISTADO
EN EL MINISTERIO DE SALUD

En el Nivel Central del MDS:

Dirección General de Servicios de Salud

- Director de Organización y Desarrollo de Servicios
- Director de Atención Primaria
- Director de Apoyo Nutricional y Alimentaria
- Director de Programación y Evaluación
- SERUMS
- Dirección Materno-Infantil
 - . Departamento de la madre (Director)
 - . Departamento del niño (Supervisor)
 - . Unidad de Proyectos (Coordinador)

Dirección General de Atención a las personas

- Unidad de Demografía y Estadística (Director)

Oficina Sectorial de Planificación

- Oficina de Evaluación y estudios

Oficina General de Personal

- Director General

Dirección General de Informática

- Director General
- Técnicos y estadísticos

Oficina General de Administración

- Director General
- Sub-Director (2)

Oficina de Intercambios Internacionales

- Director

Escuela de Salud Pública

- Director General

En el Nivel Regional

Dirección General

- Sub-Director

Unidad de Capacitación

- Jefe
- Enfermera
- Asistente Social

Dirección de Normas y Supervisión

- Director
- Enfermera
- Obstetrix

Oficina Contabilidad

- Contadora

Dirección de Medio Ambiente

- Director

Asesor destacado

En el Area Hospitalaria

Dirección General

- Director
- Sub-Director

Oficina de Contabilidad

- Contador

Equipo de Apoyo de Atención Primaria

- Ex-Coordinador
- Obstetrix
- Obstetrix (Jefa de Obstetricia)

En el Centro de Salud

- Médico Jefe
- Enfermera
- Obstetrix
- Odontóloga
- Auxiliar de Enfermería

En Puestos Sanitarios

- Auxiliar encargada de P.S. "A"
- Auxiliar encargada de P.S. "B"

Entrevistas en localidades visitadas

Localidad Yangas

- Partera
- Autoridad
- Pobladores (4)

Localidad Cullhuay

- Partera
- Pobladores (4)

Localidad Huaros

- Partera

Localidad San Miguel Buenaventura

- Partera
- Pobladores (4)

Otras Entrevistas

Miembro del Grupo de Trabajo de APS

- Coordinador
- Médico
- Enfermera
- Asistente Social

Asesores del Nivel Central (3)