

Futuras Generaciones / Perú

estudiando, demostrando y enseñando el desarrollo de comunidades

Estudio de Costo-Eficiencia de las Asociaciones CLAS

Laura C. Altobelli
Ana Sovero U.
Ricardo Diaz R.

9 de marzo del 2005

Futuras Generaciones / Perú

Estudio de Costo-Eficiencia de las Asociaciones CLAS

Laura C. Altobelli, Ana Sovero Utrilla y Ricardo Diaz Romero

Derechos reservados:

Futuras Generaciones / Perú

Av. Andrés Reyes 165 – E

San Isidro, Lima 27

Teléfono: (511) 442-5235 / 442-0095

peru@future.org

www.future.org

Primera Edición (500 ejemplares)

Diagramación e impresión: xxxx

Corrección de estilo: xxxx

Lima, 9 marzo 2005

IBSN: xxxx

Depósito Legal: xxxx

Este estudio fue posible gracias al financiamiento de la Fundación Mulago y el Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID).

Estudio de Costo-Eficiencia de las Asociaciones CLAS

I. Antecedentes y Justificación

Desde 1994, el Ministerio de Salud del Perú implementa el Programa de Administración Compartida (PAC) para gestionar los servicios de salud en el primer nivel de atención con el involucramiento de la comunidad organizada. El programa funciona a través de un Contrato de Administración Compartida firmado entre la Dirección Regional de Salud y organizaciones privadas sin fines de lucro denominadas Asociaciones CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud), conformada por seis miembros elegidos de las comunidades ámbito de los establecimientos de salud. El séptimo miembro de la Asociación es el personal de salud jefe del establecimiento.

El marco normativo o legal del PAC se encuentra integrado por una serie de disposiciones legales que inciden en sus tres niveles: Ministerio de Salud, Dirección Regional de Salud (DIRESA) y Asociaciones CLAS. El tema legal constituye uno de cuatro aspectos de su gestión además del administrativo-contable, técnico-sanitario y participación comunitaria. El conjunto de disposiciones legales se divide en dos: **Normas Específicas**, que son las normas expedidas por el Estado y el Ministerio de Salud (Decretos, Resoluciones Ministeriales, y otros) relativas exclusivamente al PAC; y **Normas Generales**, que agrupa las disposiciones aplicables a cualquier persona jurídica en el país (normas tributarias, laborales, y otros).

Los establecimientos CLAS se rigen por el mismo conjunto de normas técnicas-sanitarias que otros establecimientos no-CLAS del Ministerio de Salud. Se difieren por su gestión mejorada de recursos humanos a través del Decreto Ley 728 y el control social de la comunidad sobre la atención brindada y la calidad de gasto de los recursos públicos para la salud. El Programa de Salud Local (PSL), que forma la base del Contrato de Administración Compartida, debe incorporar la opinión de la población sobre sus prioridades y el monitoreo del cumplimiento de metas acordadas para la salud y desarrollo de la comunidad, lo que debe promover una mayor adecuación de las intervenciones sanitarias y de desarrollo a las necesidades reales de la población. El PSL es un instrumento de desarrollo comunal que debería conjugar el apoyo intersectorial a la comunidad en el marco del Plan de Desarrollo distrital o provincial; no es un instrumento solamente para la programación de atenciones intra-murales y extra-murales.

El PAC empezó como piloto con 13 establecimientos CLAS en dos departamentos (Ayacucho e Ica) y ha expandido para cubrir ahora más de 2100 (35%) de los 6700 centros y puestos de salud a nivel nacional. Las evaluaciones hasta la fecha muestran que los CLAS rinden mejor que los no-CLAS en cuanto a la calidad y equidad de servicios.^{1,23} Al mismo tiempo, se ha observado que los CLAS no han sido conducidos en forma sistematizada y de acuerdo a su grado de desarrollo por el MINSA a través de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA). El apoyo, monitoreo y evaluación inadecuada de este nivel a los CLAS se origina por la falta de una política clara del Ministerio de Salud al respecto.

Un mandato más claro a las DIRESAs indudablemente resultaría en mayor soporte a los CLAS y al desarrollo de un sistema más efectivo de trabajo en salud mancomunado con

las comunidades beneficiarias de los servicios. Además, se requiere la construcción de formas más efectivas de conjugar las redes y microrredes gerenciales con el modelo CLAS en el contexto del proceso de descentralización de salud con participación comunitaria en base a experiencias ya exitosas a nivel nacional, las que dan luces a la relación positiva potencial con enfoque desde la demanda entre los CLAS y los gobiernos locales y otras instituciones públicas y privadas.

Un aspecto poco conocido en el Ministerio de Salud hoy en día es que el Seguro Materno-Infantil (SMI), el predecesor del Seguro Integral de Salud (SIS), fue diseñado en el año 1998 en base al modelo de gestión CLAS con la facilidad de efectuar los reembolsos directamente al establecimiento en el primer nivel de atención, tomando el CLAS como la mejor opción para un eficiente desempeño del seguro. Debido a que los establecimientos no-CLAS no pueden recibir los reembolsos directamente, a la hora de expandir el SIS fue necesario ingeniar otra forma de administrar los reembolsos a través de las DIRESAs para los no-CLAS. Consecuentemente, existen hoy los serios problemas con la distribución de los reembolsos desde la administración de las DIRESAs.

Una propuesta para un nuevo sistema de pago en el primer nivel de atención de salud considera que los CLAS proveen un ambiente descentralizado que entraría bien en un sistema organizado de financiamiento con el control social de la comunidad para asegurar “accountability” (rendición de cuentas), conjuntamente con el SIS como fuente principal de financiamiento, y coordinando con la gerencia de una red de establecimientos.⁴

Con fines de proporcionar más evidencia empírica sobre la contribución del PAC y el modelo de gestión CLAS al sector salud, se llevó a cabo un estudio comparativo tanto de su financiamiento como de la prestación de servicios para evaluar la eficiencia de los establecimientos en el primer nivel de atención. El estudio fue diseñado y llevado a cabo por Futuras Generaciones Perú con el apoyo financiero de la Fundación Mulago y DFID/Consejo Británico.

II. Objetivo del Estudio

El objetivo principal del estudio fue establecer los niveles de cobertura y costos de los servicios de salud en el primer nivel de atención, analizando datos comparativos de los CLAS versus los No-CLAS.

III. Metodología

El presente estudio establece el marco financiero y de prestación de servicios del Programa de Administración Compartida en función a: (1) montos y fuentes de ingresos y gastos de los centros y puestos de salud, (2) la producción de servicios de salud incluyendo la cobertura del Seguro Integral de Salud, y (3) la relación de estas con los cambios y reajustes en la política financiera de MINSA y del PAC durante los años 2000 al 2003-I.

Se recolectó información sobre los establecimientos CLAS para todo el periodo desde el año 2000 al primer trimestre del 2003 (2003-I). Además, se recolectó información sobre los establecimientos no-CLAS para todo el año 2002 en los rubros de recursos directamente recaudados (RDR) y transferencias para bienes y servicios, por no existir información a nivel de la DIRESA sobre remuneraciones para los no-CLAS.

La unidad de análisis: Fue el establecimiento de salud en el primer nivel de atención distinguido por dos tipos: (1) **CLAS** - aquellos administrados por Asociaciones CLAS, y (2) **No-CLAS** - aquellos que cuentan mayormente con personal contratado por servicios no personales bajo el Programa de Salud Básica para Todos. Ambos tipos son administrados por el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) del Ministerio de Salud. Ambos cuentan también con personal nombrado.

Los ámbitos del estudio y fuentes de datos: Se recolectó información a nivel de la DIRESA en tres Departamentos: Cuzco, Huánuco y La Libertad. Se realizó la recolección de información en estrecha colaboración con la DIRESA correspondiente: su alta dirección y las oficinas técnico-administrativas indicadas, incluyendo las oficinas de economía, estadística y Administración Compartida.

Número de establecimientos estudiados en tres ámbitos: Se recolectó información sobre el 100 por ciento de los establecimientos en el primer nivel de atención en las tres DIRESAs, clasificados por ámbito urbano y rural:

	Rural	Urbano	Total
CLAS	142	58	200
NO CLAS	285	189	474

Categorías de información recolectada en los tres ámbitos:

- Para todos los CLAS desde el año 2000 al primer trimestre de 2003 (2003-I):
 - Transferencias para remuneraciones
 - Transferencias para bienes y servicios
 - Reembolsos SIS (RDR)
 - Ingresos propios (RDR)
- Para todos los CLAS y No-CLAS en el año 2002:
 - Transferencias para bienes y servicios
 - Reembolsos SIS (RDR)
 - Ingresos propios (RDR).
- Para todos los CLAS y No-CLAS desde el año 2000 al 2003-I:
 - Actividades recuperativas (ATC) y preventivas-promocionales (APP) reportadas en el HIS para cada establecimiento
 - Población total en la jurisdicción de cada establecimiento
 - Población de gestantes, niños 0-4 años, y niños 5-17 años en la jurisdicción de cada establecimiento de salud en los tres departamentos.
- Clasificación de establecimientos por:
 - Departamento
 - Urbano / Rural
 - Antiguo / Nuevo (solo CLAS)
 - Agregado / Individual (solo CLAS).

IV. Algunos Alcances

Se tuvo algunas dificultades en la recolección de información para el presente estudio debido a que la información del financiamiento está dispersa. Es así que desde el Ministerio de Salud se transfieren fondos para remuneraciones por el PAAG y por el SIS para reembolso SIS. Los ex Programas Nacionales a través del PAAG financian gastos operativos por encargo que no ingresan a las cuentas de los CLAS o por las unidades prestadoras, sino que se realiza por redes y microrredes e incluso a través de planillas de viáticos o entrega de material de escritorio o alimentos a los coordinadores de programas de las redes y microrredes. Las DIRESAs reciben fondos a través de los Gobiernos Regionales que generalmente son utilizados para gastos corrientes de la sede y de los hospitales, quedando una cantidad mínima para combustible y alimentos para los establecimientos cabeceras de red o microrred, con una frecuencia que escasamente llega a tres veces al año. Además, las DIRESAs reciben recursos mediante ingresos propios que generan los establecimientos que no son CLAS (hospitales que no son unidades ejecutoras, centros y puestos de salud) y de donaciones de cooperación técnica internacional. El destino de estos ingresos de las DIRESAs es para gastos mayormente de capacitaciones, gastos operativos de viajes de funcionarios de la DIRESA, directores de redes y, escasamente, para los establecimientos en el primer nivel de atención. Los reembolsos SIS deberían pasar por las DIRESAs directamente a los CLAS aunque el monto del reembolso está sujeto a veces a decisiones de la DIRESA, siendo utilizados estos reembolsos a veces por otros fines. Los reembolsos SIS generados por los no-CLAS son gestionados por las DIRESAs en su totalidad.

Es decir, las DIRESAs se financian con giros del Tesoro Público o de Cooperación Externa a través de las regiones establecidas, con ingresos propios, con giros en efectivo y remesas de bienes que envían diversas oficinas del Ministerio de Salud desde Lima, y en el caso de inversiones, a través de obras ejecutadas directamente por los Gobiernos Regionales. Hay que considerar que casi el 60% del presupuesto de la región es para pago de remuneraciones, siendo la diferencia para pago de gastos corrientes y el pago de productividad del personal nombrado que, cuando no es cubierto totalmente, se utiliza los ingresos propios producto de las recaudaciones de los establecimientos. En conclusión, los fondos destinados por el Tesoro para las prestaciones de servicios de salud en el primer nivel de atención son utilizados muy escasamente para tal fin.

En ese sentido, los CLAS operan con mayor grado de libertad, ya que al recaudar los fondos como “ingresos propios” y “reembolsos SIS”, los pueden destinar para sus propios gastos. Los no-CLAS, en cambio, deben esperar la autorización de habilitación de un margen para caja chica o, de lo contrario, el reembolso de lo ya gastado por el bolsillo de los trabajadores.

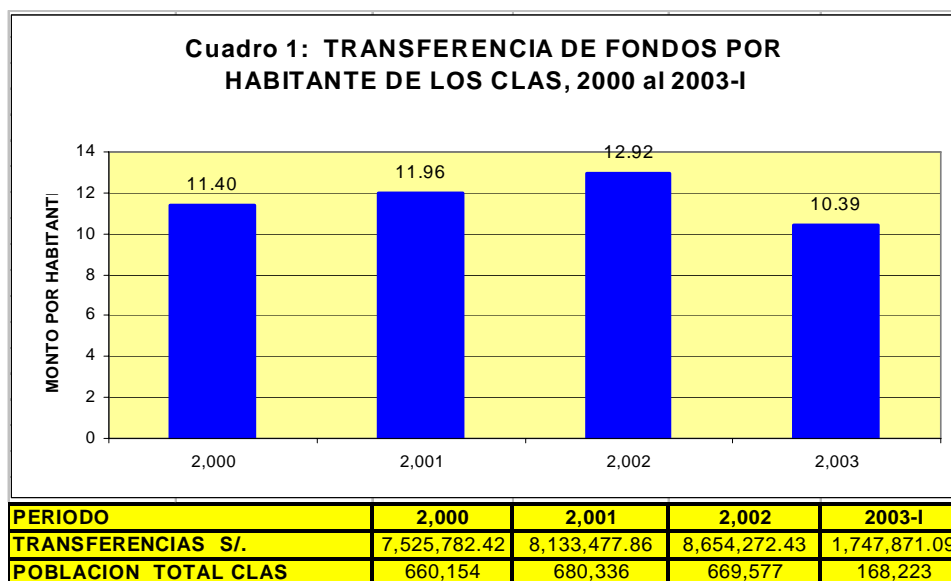
La estructura presupuestal no diferencia el gasto por tipo de establecimiento en el primer nivel, ya que el software de ejecución incluye reportes a nivel del Ministerio de Salud, DIRESAs y hospitales. En el caso de los CLAS, los encontramos en el componente de “Apoyo a los CLAS” pero solo considera la transferencia del PAAG y no otras fuentes. Es así que el SIAF (Sistema Informática de Administración Financiera) no se pudo utilizar para el presente estudio.

V. Resumen de Resultados

A continuación se presenta una selección de los resultados más resaltantes del presente estudio:

A. Transferencias del Tesoro Público a los CLAS

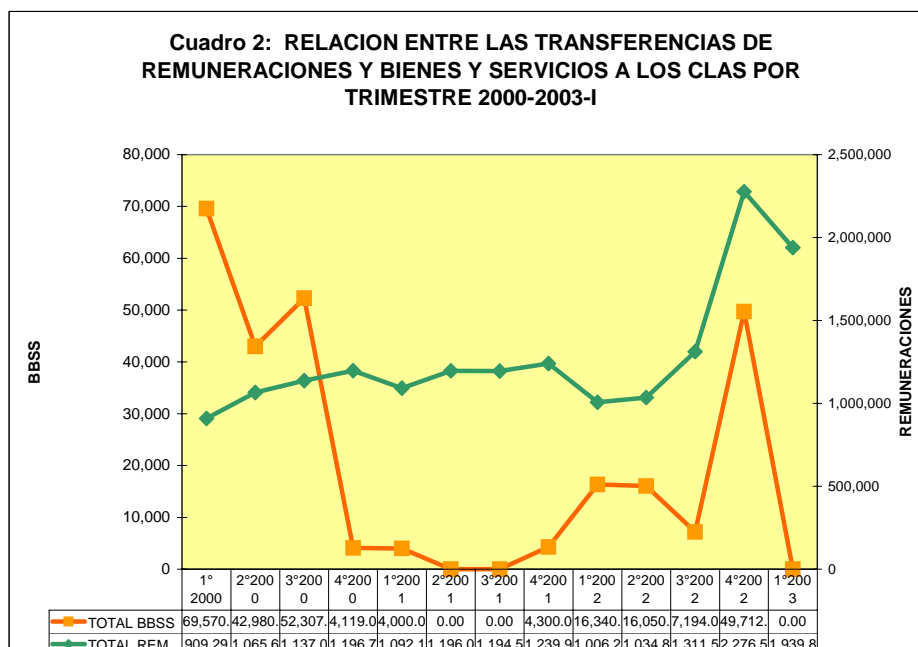
Durante el período 2000 al 2003-I, el MEF y MINSA efectuaron una serie de disposiciones que afectaron el financiamiento público a los establecimientos CLAS. En el Cuadro 1, se muestra el monto por habitante transferido a los CLAS en los tres departamentos estudiados.



Se nota en el Cuadro 1 que en el año 2000, hubo una transferencia de 11.40 soles por habitante de las jurisdicciones de los CLAS, que representa una reducción del presupuesto del año 1999 por el recorte presupuestal grande que se efectuó en octubre del año 2000 que incluyó la línea de bienes y servicios, la ampliación horaria para los trabajadores nombrados trabajando en los CLAS, y las gratificaciones de julio y diciembre.⁵ En el año 2001, se hizo una reposición de la partida de bienes y servicios a los establecimientos de salud CLAS en zonas de pobreza. Al año 2002, el MINSA agregó a la transferencia a los CLAS el incremento de la remuneración del técnico de enfermería y la bonificación familiar mensual según decreto de ley. En el primer trimestre del año 2003, nuevamente recortaron la partida de bienes y servicios a todos los CLAS y recortaron el racionamiento a todos los CLAS.

Esta última disposición tuvo el efecto de disuadir a los médicos gerentes de los CLAS laborando como nombrados porque ya no percibían de una remuneración de las horas adicionales diarias para cumplir las labores de gestión en su CLAS. La reciente Ley N° 28229 de Nombramiento del Personal Médico Cirujano contratado en el Ministerio de Salud a nivel nacional, y el Decreto Supremo, D.S. N° 009-2004-SA, que lo reglamenta, afectan a los médicos gerentes contratados por los CLAS. Para que no tenga un efecto nocivo sobre el funcionamiento de los CLAS, estas disposiciones legales deberían ir acompañado por la reposición del racionamiento que permiten a los gerentes cumplir con las actividades de gestión de los CLAS.

El Cuadro 2 muestra la relación entre el monto total de transferencias a los CLAS por remuneraciones y los bienes y servicios durante el período del estudio. Se nota el recorte presupuestal en el cuarto trimestre del año 2000 y durante todo un año hasta el tercer trimestre del 2001, notándose nuevamente otro recorte en el primer trimestre del 2003. El pico en transferencias en el cuarto trimestre del año 2002 fue debido a la incorporación de 32 nuevos CLAS en la DIRESA Huánuco.

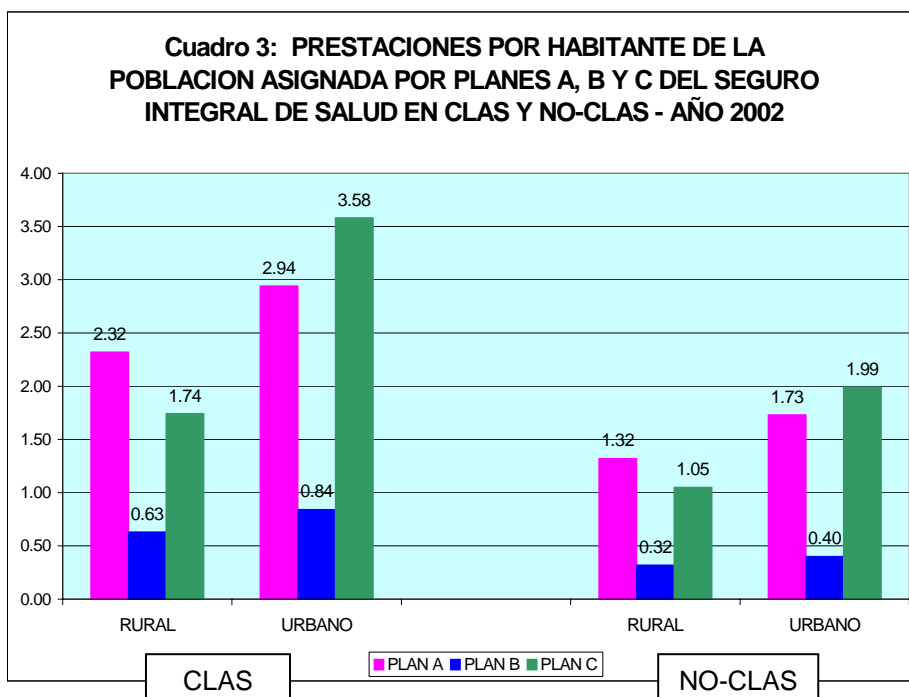


B. Cobertura del Seguro Integral de Salud (SIS) en los CLAS y No-CLAS

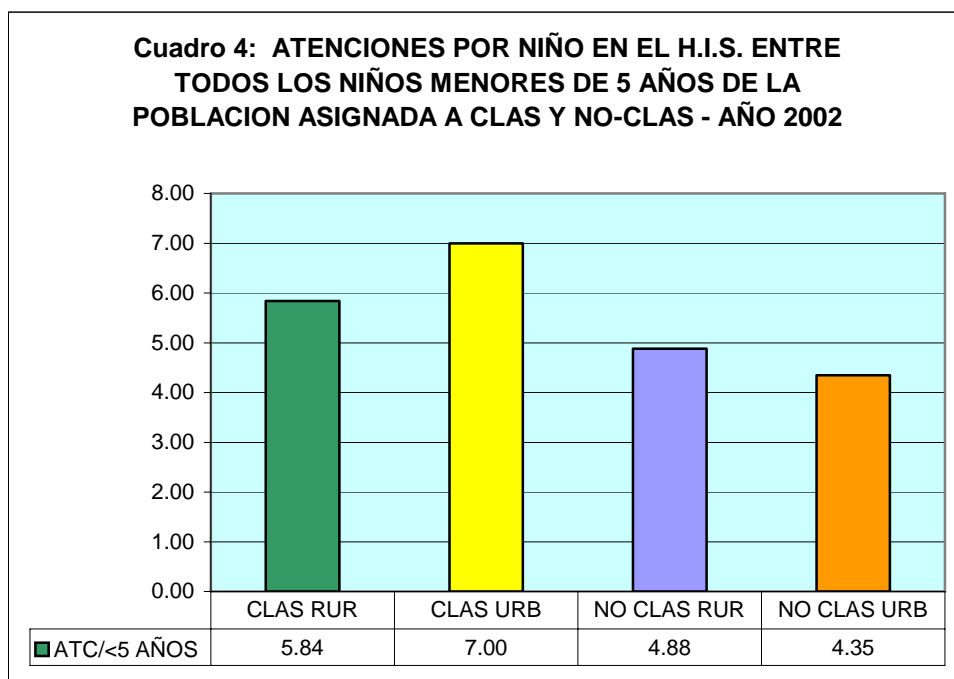
Existe el incentivo positivo para que los CLAS afilien más beneficiarios al SIS para ampliar sus recursos directamente recaudados en beneficio de su establecimiento. Este punto está demostrado en el Cuadro 3, que muestra el número de prestaciones por habitante de la población asignada en la jurisdicción de los CLAS y no-CLAS según plan de beneficio^a del SIS en áreas urbanas y rurales.

El cálculo de “prestaciones por habitante” es una forma indirecta de medir la cobertura relativa de afiliaciones en el SIS entre la población total de posibles beneficiarios en la jurisdicción de un establecimiento de salud. Se nota en el Cuadro 3 que los CLAS tienen más cobertura de su población con beneficios del SIS, en comparación con los no-CLAS en todas las categorías. Es especialmente notable que los CLAS rurales tienen mayor cobertura tanto de niños 0-4 años como de gestantes y puérperas en comparación con los no-CLAS urbanos.

^a Plan A es para niños escolares y adolescentes 5-17 años de edad, Plan B es para mujeres gestantes y puérperas, Plan C es para niños 0-4 años de edad.



El Cuadro 4 muestra información de la base de datos H.I.S. (Health Information System) de las tres DIRESAs estudiadas. El cuadro confirma que los CLAS tienen mayor rendimiento en la producción de servicios en el caso específico de atenciones para niños menores de 5 años. Los datos H.I.S. muestran que los CLAS urbanos proporcionan 7.00 atenciones por niño, versus 4.35 en los no-CLAS (razón 1.6 : 1); los CLAS rural dan 5.84 atenciones por niño en su jurisdicción versus 4.88 atenciones por niño en los no-CLAS rurales (razón 1.2 : 1).



C. Recursos Directamente Recaudados (RDR) en los CLAS y No-CLAS

Tanto los “ingresos propios” como los “reembolsos SIS” son considerados como recursos directamente recaudados (RDR) en el sistema público.

Los “ingresos propios” reportados en el presente estudio son los cobros a los pacientes por consultas médicas no cubiertas por los planes de beneficios SIS; no incluyen ingresos por la venta de medicamentos, servicios de laboratorio u otro. El manejo de fondos por este rubro es diferente entre CLAS y no-CLAS. En el caso de los CLAS, los ingresos propios son están reportados a la DIRESA, quedándose el monto en el CLAS, siendo depositado en la cuenta corriente de la Asociación CLAS; siendo estos montos gastados según decisiones concordadas entre el consejo directivo y el gerente de la Asociación CLAS. En el caso de los no-CLAS, los ingresos propios son depositados según ley en la cuenta de la DIRESA del Banco de la Nación, siendo administrados por ellos destinándose parte de estos a los establecimientos.

Los “reembolsos SIS” son los montos transferidos a nombre de cada establecimiento en base a los Formatos de Atención llenados por cada atención realizada, los cuales pasan por una auditoria electrónica realizada por la ODSIS^b en cada DIRESA. En el caso de los CLAS, los reembolsos SIS llegan a la DIRESA, que se responsabiliza por endosarlos a la Asociación CLAS correspondiente; los fondos son utilizados como RDR según decisiones del CLAS. Los no-CLAS, en cambio, no pueden recibir el reembolso SIS directamente; dependen de la DIRESA para gestionar los recursos SIS y reciben los insumos enviados de la DIRESA en cuanto lo haga.

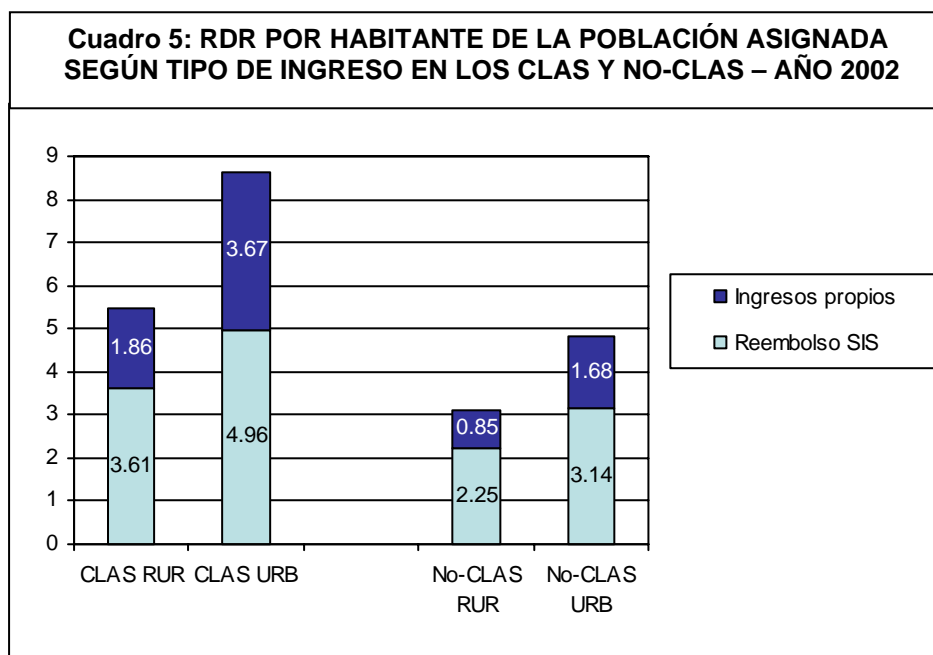
El Cuadro 5 muestra los ingresos de los CLAS y no-CLAS desagregados por: (1) ingresos propios y (2) reembolsos SIS. En ambos casos, los montos son expresados por el número de soles por habitante en la población asignada de la jurisdicción de cada establecimiento de salud, CLAS y no-CLAS, con la finalidad de estandarizar los montos entre jurisdicciones de diferentes tamaños.

El cuadro señala claramente que los CLAS (urbano y rural) tienen un ingreso total por RDR significativamente mayor que los no-CLAS. El total RDR de los CLAS urbano es 8.63 soles por habitante versus 4.82 soles de los no-CLAS urbano. El total RDR de los CLAS rural es 5.47 soles por habitante versus el 3.10 soles en los no-CLAS rural. Cuando se distingue el total de RDR por su procedencia, se nota que en el caso de reembolsos SIS, los niveles del monto de reembolso SIS por cada habitante son consistentes con las cifras correspondientes de las prestaciones por habitante previamente señaladas en el Cuadro 3.

Una gran diferencia entre los dos tipos de gestión, CLAS y no-CLAS, es el monto de RDR por procedencia de “ingresos propios.” Así, la razón de los ingresos propios por habitante entre los CLAS y no-CLAS urbano es 2.18:1 (S/ 3.67 versus S/ 1.68, respectivamente); la razón correspondiente en los CLAS y no-CLAS rurales es 2.19:1. Esta porción de los RDR de los establecimientos en el primer nivel de atención representa la captación de fondos de la población que de otra manera fueran gastados en servicios médicos privados o en la compra de medicamentos sin receta directamente de las farmacias y boticas. Por el hecho de que los CLAS re-inviertan sus RDR en el

^b ODSIS = Oficina Descentralizada del Seguro Integral de Salud

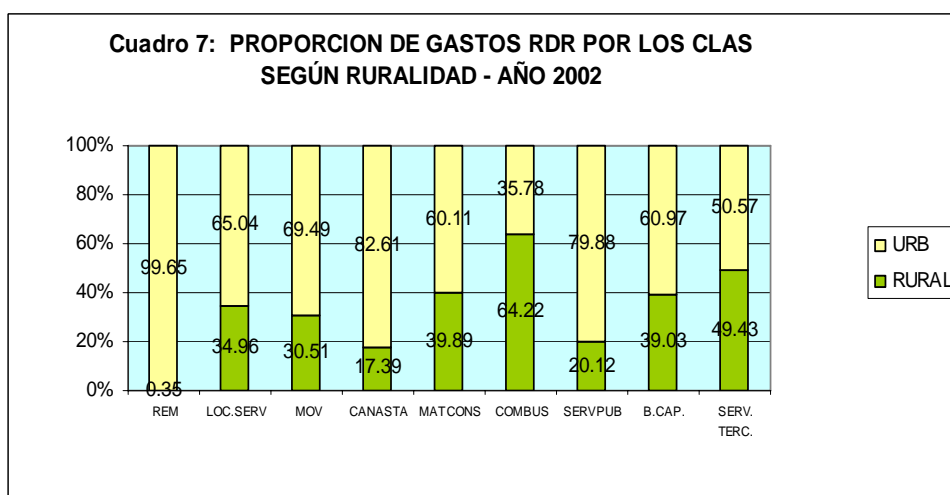
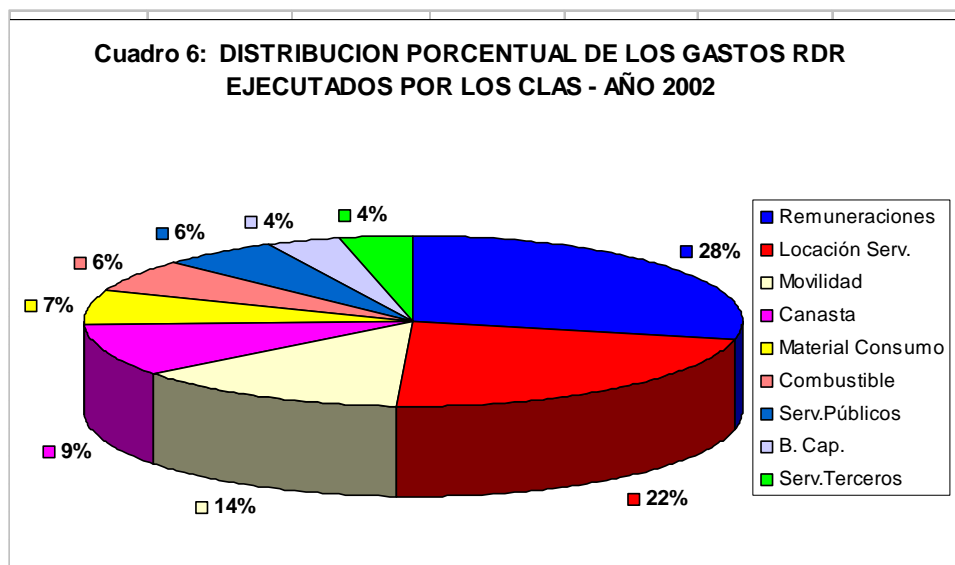
mejoramiento de su oferta y calidad de servicio, genera mayor cobertura de la población que busca calidad en la atención y por lo tanto se genera un espiral ascendente de mayor demanda, más RDR, mejor calidad, más demanda de la población.



D. Gasto de los Recursos Directamente Recaudados (RDR)

Los recursos directamente recaudados (RDR) incluyen dos tipos de ingresos: los ingresos propios recaudados por el cobro por servicios no incluidos en los planes de beneficios SIS, y los reembolsos por el Seguro Integral de Salud (SIS).

En el Cuadro 6, se muestra la distribución de gasto de los CLAS en el año 2002 según rubro de gasto. La mayor proporción (54%) de RDR se gasta en recursos humanos a través de remuneraciones (28%), locación de servicios (22%) y servicios de terceros (4%) que permite la contratación de personal y servicios necesarios para brindar un mejor servicio a la población en su jurisdicción. En segundo lugar, se gasta en movilidad (14%) y combustible (6%) tanto para fines de agilizar las gestiones del establecimiento como para realizar visitas en las comunidades de su jurisdicción. Los otros rubros de gasto son mayormente para cubrir y/o suplementar los costos para los bienes y servicios que han sido recortados de su presupuesto de fondos públicos transferidos.



Cuando se desagrega la información sobre gastos de los RDR de los CLAS según ruralidad, se puede notar las diferencias en la distribución y el manejo de los RDR. Así se nota en el Cuadro 7 que los CLAS urbanos gastan la mayor parte de los RDR recaudados por todos los CLAS. Este punto refleja la mayor población usuaria de los CLAS urbano y la mayor capacidad adquisitiva de su población usuaria que promuevan mayores RDR y subsecuentemente mayor inversión en la mejora de la calidad de atención. Los CLAS rural gastan proporcionalmente más de sus RDR en el rubro de combustible y servicios a terceros, lo cual refleja la capacidad de los CLAS rural para realizar gestiones y movilizarse dentro de la comunidad, además de su capacidad de ofertar mayores servicios con la contratación de personal adicional.

VI. Discusión

El modelo de **co**gestión de salud en el primer nivel de atención con las Asociaciones CLAS representa una modernización y descentralización de la gestión financiera y de recursos humanos, con la participación legalizada de la comunidad. El presente

estudio proporciona evidencia empírica sobre el rendimiento de los establecimientos CLAS en comparación con los no-CLAS. Se revela una situación favorable para los CLAS. Esto es a pesar de la falta de una política de apoyo permanente decidido desde el sector salud manifestado por los recortes presupuestales y otros cambios mencionados en la política financiera que afectaban especialmente a los CLAS.

Se muestra, en aspecto comparativo con los no-CLAS, que los establecimientos de salud administrados por CLAS logran una mayor cobertura del Seguro Integral de Salud y consecuentemente un mayor nivel de reembolsos por SIS y una mayor producción de servicios de salud, tanto en la zona urbana como rural. Se demuestra que los ingresos propios de los CLAS duplican los ingresos propios de los no-CLAS. Se muestra que los recursos directamente recaudados (RDR) por los CLAS se gastan en rubros que permiten atender la demanda con ~~la oferta de una~~ mayor calidad de atención y servicios ~~que se brindan~~ a la población con enfoque integral e integrado.

La capacidad de los CLAS para tomar decisiones propias les asegura la capacidad de sobrevivir las crisis económicas que han pasado por cambios en la política financiera que les afecta. Por ejemplo, el Cuadro 8 da cuenta de un ejemplo concreto de un CLAS de Lima Norte del efecto sobre su funcionamiento integral del recorte de la línea presupuestal de bienes y servicios en los CLAS a nivel nacional. Especialmente grave fue el efecto sobre las actividades preventivo-promocionales y el nivel de exoneraciones a las tarifas para pacientes indigentes. Aunque en principio un CLAS debería ser estable en términos financieros en un ambiente urbano de pobreza no-extrema, se nota en el Cuadro 8 que este establecimiento subsistió al borde de la viabilidad económica y tuvo que tomar acciones enérgicas para cubrir sus costos frente a un recorte de las transferencias del sector salud. Como resultado del recorte presupuestal y para cumplir con sus obligaciones financieras, este CLAS se vio obligado a aumentar la tarifa por consulta. Las actividades preventivo-promocionales, que no generan ingresos, fueron reducidas en un 27%; esta reducción aumentó en un 36% extra, para llegar a un total de 63% de disminución en las actividades preventivo-promocionales a los seis meses del recorte inicial. Las exoneraciones para pacientes indigentes también fueron reducidas drásticamente en el corto-plazo, con una recuperación parcial hacia el primer trimestre de 2001.⁶

Cuadro 8: Efecto del recorte presupuestal a los CLAS en Octubre del año 2000 - ilustración de Lima Norte

	Año 2000		Año 2001
	Jul.-Set.	Oct.-Dic.	Ene.-Mar.
Transferido de MINSAs para remuneraciones	S/ 49,203	49,203	49,203
Transferido de MINSAs para bienes y servicios	S/ 2,316	0	0
Ingresos propios (nuevos soles)	S/ 19,044	23,094	22,950
Ingresos propios como % del total	37.0%	46.9%	46.6%
Nº consultas médicas generales	1,951	2,114	1,782
Nº consultas médicas especializadas	196	295	273
Nº actividad preventivo-promocional (APP)	6,013	4,375	1,615
Nº exoneraciones	230	142	184
% cambio en consultas generales	-	+8.4%	-15.7%
% cambio en APPs	-	-27.3%	-63.1%
% cambio en exoneraciones	-	-38.3%	+29.6%
Ingresos del laboratorio (nuevos soles)	S/ 1,548	1,646	1,974
Tarifa cobrada por consulta (nuevos soles)	S/ 3	S/ 4	S/ 4

Fuente: CLAS Confraternidad, Centro de Salud Juan Pablo II, Lima Norte.

La primera lección aprendida a partir de este ejemplo de un CLAS de Lima Norte es la confirmación que el Modelo de Cogestión de Administración Compartida no sea un medio para crear la sostenibilidad o independencia económica de un establecimiento de salud y, por ende, reducir sus necesidades de presupuesto público en salud. Para que funcione la cogestión con la comunidad, es necesario que el gobierno se comprometa a mantener niveles básicos de financiamiento, sin los cuales el contrato entre el gobierno y la comunidad no se puede cumplir.

La segunda lección aprendida es que al final el CLAS puede triunfar por la flexibilidad que tiene para responder y brindar soluciones a los retos económicos periódicos gestionando sus recursos directamente recaudados. En ausencia de ese dote, el modelo CLAS resultaría estanco. Sin duda y en no poca medida, la participación de la comunidad juega un rol para asegurar una buena orientación de las decisiones tomadas sobre el uso de los recursos, la vigilancia sobre transparencia en el manejo de los fondos y rendición de cuentas a la ciudadanía.

Es evidente que podría haber resistencia al modelo de cogestión CLAS en la propia DIRESA, que enfrenta la reducción de sus ingresos por el manejo directo por los CLAS de sus recursos directamente recaudados en tanto la DIRESA reconsidere su rol como entidad que regula y supervisa el cumplimiento de los objetivos del modelo. Se refiere a los objetivos sanitarios y de desarrollo de la población más necesitada, en especial las madres y niños.

VII. Conclusiones y Recomendaciones

Se señalan los siguientes hallazgos principales:

- Los establecimientos de salud administrados por CLAS logran una cobertura de servicios de salud para la población materno-infantil que **duplica** aquellas coberturas de los no-CLAS, a un costo **10% mayor** de los no-CLAS, evidenciando la mayor costo-eficiencia de los CLAS en comparación de los no-CLAS en el ámbito de estudio, relacionado a mayor cobertura por SIS y a través del sistema de información estadística HIS.
- Es importante el hallazgo sobre la calidad de gasto de los RDR en CLAS en tanto la comunidad participe en la toma de decisiones del gasto en función del cumplimiento del Plan de Salud Local.

Con estos hallazgos se recomienda fortalecer el modelo de gestión CLAS mediante una normatividad que asegure la democratización de la elección de representantes de la comunidad, el reconocimiento y ejercicio de derechos y deberes en salud por la población, y el cumplimiento del PSL con metas de salud y desarrollo comunal que sirva de elemento articulador con los Programas de Salud Local – PSL . Se recomienda mejorar el nivel y calidad de la asistencia técnica, monitoreo y supervisión a los Gobiernos Regionales – Direcciones y Sub Direcciones de Salud, así como los CLAS.

En cuanto a recomendaciones para otras investigaciones posteriores afines, se propone ampliar el presente análisis con datos sobre los costos de recursos humanos en los CLAS versus los no-CLAS. Esto requerirá el acceso a información sobre el número, tipo y nivel de remuneraciones y beneficios de personal de salud y otros trabajadores en cada establecimiento de salud bajo diferentes regimenes laborales, información que actualmente no es de fácil acceso.

Los indicadores analizados en el presente estudio son algunos de los indicadores importantes que demuestran las bondades del modelo de gestión CLAS. Existen otros indicadores por analizar, tales como el nivel de ejercicio de derechos y deberes en salud por la población, el rol la población en la planificación local y en la vigilancia de los servicios públicos, el grado de democracia logrado en la elección de los representantes comunitarios al CLAS y otros. Igualmente se podría medir el grado de democracia logrado en la elección de cualquier otro cargo representativo como la alcaldía municipal, por ejemplo. Todos los indicadores sobre CLAS requieren ser estudiados siempre en aspecto comparativo con los no-CLAS y especificando bien las variables dependientes, es decir, especificando el resultado y/o impacto de los diferentes aspectos del modelo de gestión. Se recomienda además un estudio sobre el nivel y calidad de la asistencia técnica, monitoreo y supervisión brindado a los CLAS en las diferentes regiones de salud y su posible relación con el desempeño de los CLAS.

Agradecimientos

Por su apoyo y colaboración desinteresada con este estudio se agradece muy especialmente a los Directores Regionales de Salud de ese entonces, el Dr. César Carlín Chavarri, exDirector Regional de Salud de Cuzco, el Dr. Nicolas Sánchez Caballero, exDirector Regional de Salud de Huánuco, y el Dr. Angel Iribari, Director Regional de Salud de La Libertad. Asimismo, se agradece a los equipos técnico-administrativos de las Direcciones Regionales de Salud de Cuzco, Huanuco y La Libertad por su gentil colaboración, poniendo a disposición de los investigadores la información requerida de las bases de datos de SIS, HIS, la información financiera sobre las transferencias de recursos a los establecimientos de salud en el primer nivel de atención y el detalle de gastos de los recursos directamente recaudados por los CLAS.

Referencias Bibliográficas

-
- ¹ Vicuña M, Ampuero S y Murillo JP (1999) “Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención,” Serie de publicaciones PAAG-SBPT-AC, Vol.2. Lima: Ministerio de Salud.
- ² Altobelli L (1998) “Reforma de salud, participación comunitaria, y inclusión social: el Programa de Administración Compartida”, Lima: Cooperación UNICEF-PERU.
- ³ Cortez R (1998) “Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS”. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- ⁴ Telyukov A, Garavito M, Sobrevilla A y Loo L (2002) “Design innovations and data needs for the Ambulatory Payment Innovation in the public health sector of Peru”, Bethesda, Maryland: Abt Associates, Inc. y Proyecto 2000 (Ministerio de Salud del Perú), Partners for Health Reform Plus.
- ⁵ Diaz R (2001) “Los CLAS enfrentan el riesgo de la desfiguración del modelo”, En: Semanario Gestión Médica. Edición 249, Año 6, del 3 al 9 de diciembre del 2001. p. 16-17.
- ⁶ Altobelli L (2002) "Participación comunitaria en la salud: la experiencia peruana en los CLAS", En: J. Arroyo (Ed.) La Salud Peruana en el Siglo XXI: Retos y Propuestas de Política, Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social/ DFID/ Proyecto Policy. pp. 303-354.