

La Entrega de Servicios de Salud en los Centros de Administración Compartida (CLAS):

El Caso del Perú

Rafael Cortez^{*}
Paul Phumpiu



Este trabajo fue apoyado por el proyecto “*Procesos de Reforma en Educación Social y Salud. Diseño, Implementación y Grupos de Interés*” apoyado por el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC/CIID) y por el Banco Interamericano de Desarrollo (IDB/BID), con los siguientes números de referencia 93-8758 del IDRC/CIID y TC- 93-04-39-6 del IDB/BID.

El proyecto fue dirigido por Rafael Cortez, profesor-investigador de la Universidad del Pacífico y la participación de un equipo de trabajo conformado por Paul Phumpiu, Armando Millán y Adriana Sarria. Se agradece los valiosos comentarios del Dr. Cristián Aedo, Nicolás Velarde, y Laura Altobelli. Sin embargo, todo error u omisión es de responsabilidad de los autores.

INDICE

1. Introducción	5
2. ¿Qué es un CLAS?	8
3. Caracterización de la gestión y análisis del desempeño de los comités locales de administración compartida (CLAS).....	13
3.1. Agentes involucrados en el modelo de administración compartida	13
3.2. Modalidades de gestión de los Establecimientos CLAS	14
<i>3.2.1. Por la actitud de la autoridad local del Ministerio de Salud.....</i>	<i>14</i>
<i>3.2.2. Por relaciones de poder en el interior del establecimiento</i>	<i>15</i>
<i>3.2.3. Por contexto de intervención de la comunidad</i>	<i>17</i>
3.3. Percepción de los agentes involucrados en el desempeño de los CLAS.....	18
3.4. Características de la participación comunitaria	20
3.5. Características de la atención de salud y la participación civil de la gestión de los Establecimientos bajo administración compartida.	22
3.6. El desempeño de los establecimientos CLAS en el sistema de salud: equidad en el acceso y en el financiamiento.....	36
4. Conclusiones.....	41
Bibliografía	43
Anexo I Encuesta de demanda de servicios de salud CLAS 1997.....	45
Anexo II Encuesta para los integrantes del CLAS	46
Anexo III Guía de preguntas para entrevista grupal (focus group).....	47
Anexo IV Guía de entrevistas para gerentes de CLAS	49
Anexo V Guía de entrevista para el personal de salud.....	50

ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO NO. 1	PRODUCCIÓN COMPARADA ENTRE ESTABLECIMIENTOS CLAS Y NO CLAS: PERÚ 1997.....	12
CUADRO NO. 2	MEJORAS QUE DEBEN HACERSE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SEGÚN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y GERENTES	19
CUADRO NO. 3	VALORACIÓN SUBJETIVA DE LOS AGENTES Y USUARIOS A LOS ASPECTOS DEL SERVICIO DE SALUD OTORGADOS	20
CUADRO NO. 4	¿QUÉ INDICACIONES LE DIO EL MÉDICO/ENFERMERA QUE LO ATENDIÓ? (Porcentajes)	23
CUADRO NO. 5	PERFIL SOCIOECONÓMICO SEGÚN CONTEXTO DE INTERVENCIÓN (Porcentajes).....	24
CUADRO NO. 6	TIEMPOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS (Minutos).....	25
CUADRO NO. 7	GASTOS REALIZADOS EN EL ESTABLECIMIENTO Y DISPOSICIONES A PAGAR (Nuevos soles).....	25
CUADRO NO. 8	PAGOS DE CONSULTA POR QUINTIL (Porcentajes)	26
CUADRO NO. 9	DISPOSICIÓN A PAGAR POR NIVELES DE INGRESO (EN QUINTILES) (porcentaje)	27
CUADRO NO. 10	SI USTED PUDIERA, ¿QUÉ CAMBIOS O MEJORAS HARÍA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD? (Porcentajes)	28
CUADRO NO. 11	SI ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD TUVIERA MÁS RECURSOS PARA ABRIR OTROS SERVICIOS O ESPECIALIDADES, ¿CUÁLES CREE QUE DEBERÍA BRINDAR (Porcentajes).....	29
CUADRO NO. 12	ÍNDICES DE SATISFACCIÓN POR ACTITUD REGIONAL (Porcentajes).....	32
CUADRO NO. 13	VARIACIÓN EN LOS ÍNDICES DE SATISFACCIÓN POR ACTITUD DE LA AUTORIDAD LOCAL DEL MINSA Y SEGÚN TIPOS DE GESTIÓN DE LOS CLAS	34
CUADRO NO. 14	CONSULTAS DE SALUD POR ESTABLECIMIENTO SEGÚN QUINTIL DE GASTO PER-CÁPITA (En personas - período de 4 semanas -).....	36
CUADRO NO. 15	ATENCIÓN DE SALUD REPORTADA COMO SATISFACTORIA POR LOS USUARIOS SEGÚN PROVEEDOR Y QUINTIL DE GASTO PERCAPITA FAMILIAR (Porcentajes)	38
CUADRO NO. 16	EXONERACIÓN DEL COBRO DE LA CONSULTA DE SALUD: SEGÚN QUINTIL DE GASTO(*) (Porcentajes del total de usuarios)	40

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO No. 1	RELACIÓN ENTRE LOS AGENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA	15
GRÁFICO 2	¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES HA CONTRIBUIDO A MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO?	29
GRÁFICO 3	¿QUIÉN CREE QUE DEBERÍA ADMINISTRAR SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?	30

LA ENTREGA DE SERVICIOS DE SALUD EN LOS CENTROS DE ADMINISTRACION COMPARTIDA (CLAS): EL CASO DEL PERU

1. Introducción

El desempeño actual de la gestión centralizada en la entrega de servicios de atención primaria por parte del Ministerio de Salud en el Perú (MINSA) es cuestionado en cuanto a la equidad en el acceso, la distribución del subsidio público, y la calidad de los servicios de salud entregados. La problemática del acceso y eficacia de los servicios de salud en el Perú tiene su expresión más visible en las tasas de mortalidad infantil (50 por 1000 nacidos vivos, Instituto Nacional de Estadística e Informática 1997) y materna (265 madres fallecen por cien mil nacimientos, Instituto Nacional de Estadística e Informática 1997) que son relativamente altas en comparación con otros países de América Latina.

Un claro indicador de la falta de equidad del sistema de salud es que el 36 por ciento de los usuarios del Ministerio de Salud (MINSA) son personas de hogares no pobres y sólo el 32.9 por ciento de sus usuarios son pobres extremos. Así los dos quintiles inferiores de ingreso recibieron sólo el 34.2 por ciento del subsidio total otorgado por el MINSA, en tanto que el quintil superior recibió el 23.5 por ciento (Cortez 1996).

El aspecto de la satisfacción del usuario y por tanto la calidad de los servicios de salud entregados, son también temas que son cuestionados. El 70% de las personas en condiciones de pobreza extrema señalaron no estar satisfechos por los servicios de salud recibidos por parte del Estado, mientras dicha tasa es de sólo 30% en el caso de los grupos no pobres de la población. Con relación al grado de satisfacción reportada según proveedor, en el caso las atenciones de salud ofrecidas, 50% de sus usuarios declararon estar satisfechos por los servicios, mientras que ello ocurre en el 80% de los casos de los usuarios del sector privado (Cortez, 1996).

En este contexto, hacia 1991 - en pleno proceso de ajuste y reformas estructurales en el ámbito macroeconómico - el Estado Peruano inició un proceso de reforma del sector salud, cuyo principal objetivo fue revertir los bajos indicadores de salud de la población en favor de los grupos de la población en condiciones de pobreza extrema, la mejora de la distribución de los subsidios públicos y la calidad de la atención de salud. La baja recaudación fiscal y la pobre capacidad administrativa y de gestión del Ministerio de Salud determinó que sus autoridades diseñaran y llevaran a cabo una estrategia de gestión en las postas y centros de salud de salud en las áreas de mayor pobreza, a través de contratos de gestión entre la Comunidad y el Estado. Con tal finalidad se crearon los Comités Locales de Salud (CLAS) que es una asociación civil integrada por representantes de la comunidad y del Ministerio de Salud, el cual suscribe un contrato de administración con el Ministerio de Salud. En un contexto de recursos fiscales limitados y una asignación poco efectiva del gasto público en salud, se pensó que la gestión compartida era una alternativa razonable para mejorar la equidad, cobertura y calidad de los servicios de atención primaria.

La descentralización se entiende como la transferencia de responsabilidades en la generación de ingresos y en la distribución de los recursos otorgados por el Estado al ámbito local.

Taylor (1996) en su estudio de casos de la modalidad de gestión CLAS en el Perú

plantea que hay evidencias favorables que la vinculación de los beneficiarios con la gestión, asegura el mejor uso de los recursos, debido a la mayor interacción entre los que deciden la política de gasto (CLAS) y la población objetivo (Comunidad).

Cabe señalar que el término de descentralización tiene tres variantes, según el grado de autonomía del ente local en la toma de decisiones. Estas son: a) Desconcentración: El gobierno central funciona en ámbito local en forma de agencias de Ministerios, sin la presencia de gobiernos locales. Un ejemplo lo constituyen las oficinas Sub - Regionales del Ministerio de Salud (MINSA). Esta actividad se recomienda para actividades que no puedan ser asumidas por los gobiernos locales b) Delegación: El gobierno local actúa como un agente del gobierno central, que ejecuta ciertas funciones de responsabilidad del Estado a su petición, c) Devolución: Se transfiere al gobierno local no sólo la responsabilidad de la ejecución sino también la capacidad de decisión.

Según esta clasificación los Establecimientos de salud CLAS en el Perú operan bajo aspectos de la modalidad de delegación y devolución, debido a que posee capacidad de decisión propia sobre la captación de recursos propios, gestión de recursos de infraestructura y humanos entre otros, pero está sujeto a las decisiones de cómo y a quien beneficiar en algunos programas de carácter nacional diseñados y financiados por el Gobierno Central. Por ejemplo, el Estado transfiere recursos del tesoro directamente a los CLAS para ejecutar los respectivos programas locales de salud que tienen cobertura nacional, los cuales son aprobados en coordinación con la subregión de salud. Esta Además se encarga de supervisar la ejecución del plan y la asignación transparente de los recursos para los fines establecidos por contrato entre el CLAS y la subregión.

El objetivo general del estudio es la evaluación de la prestación de servicios de salud de los Establecimientos de salud bajo la modalidad de CLAS en el Perú, principalmente en términos de la equidad y la calidad de los servicios.

Entre los objetivos específicos tenemos los siguientes:

A. Identificar cuáles son las modalidades de funcionamiento y gestión de los Centros Locales de Administración de Salud seleccionados.

B. Determinar ¿cuál es el rol que cumplen las autoridades locales en al gestión compartida?

C. Determinar cuales son las debilidades del modelo ya sea para mejorarlo o para plantear alternativas de cambios institucionales y de organización que conllevan a un diferente modelo una alternativa al CLAS?.

D. Contestar a las siguientes preguntas: ¿Son los grupos más pobres los que están exonerados de cobros?, ¿Están los servicios de atención de salud de los CLAS excluyendo a los más pobres?, ¿el vínculo de los usuarios con la gestión asegura mejores reportes de satisfacción de los usuarios, y mecanismos de cobros por consulta más equitativas?, ¿facilita la participación civil en la gestión la generación de recursos propios y provisión de mayor número de servicios de salud entregados?.

Para el logro de los objetivos mencionados se entrevistó a 1,053 usuarios de los servicios de doce establecimientos de salud bajo la modalidad de Administración

Compartida (CLAS), ubicadas en tres sub - regiones: La Libertad, Lima, y Junín.¹

Los individuos fueron entrevistados personalmente en el momento que salían de su atención en el CLAS. Se recolectó información sobre la visita/consulta, 2) Indicaciones/tratamiento/información, participación del usuario, factores de demanda del usuario, sugerencias para mejorar el servicio, relación con representantes de la comunidad en el CLAS, 3) Nivel de satisfacción del usuario, perfil socioeconómico del usuario y los datos generales de los miembros del hogar.

El Documento tiene cuatro partes. La segunda describe al CLAS. La tercera, hace una caracterización de la gestión y análisis del desempeño de los Comités Locales de Salud, en cuanto a la equidad y la calidad de los servicios entregados por sus establecimientos de atención primaria; y presenta las características de la participación civil en la gestión. La cuarta parte contiene las conclusiones y recomendaciones de política del estudio.

¹ El análisis de casos de los CLAS se llevó a cabo en los siguientes establecimientos, entre centros de salud (C.S) y puestos de salud (P.S.): En la sub - región de salud de la Libertad: C.S Materno Santa Lucía de Moche, C.S. La Noria, P.S. San Pedro de Las Delicias, P.S. Liberación Social. En la sub - región de salud Lima: C.S. Confraternidad, C.S. Laura Caller, P.S. San Martín, C.S. Pedro Canevaro Garay de Chancayllo, P.S Cerro el Pino. En la sub - región Junín: P.S. Auquimarca, P.S. Huayucachi., P.S. Chupuro

2. ¿Qué es un CLAS?

El Programa de Administración Compartida (PAC) de los establecimientos de salud del nivel básico de atención fue creado en 1994. Las autoridades centrales consideraron que el vínculo de los beneficiarios con la gestión aseguraría el mejor uso de los recursos, gracias a la mayor interacción entre los que deciden la política de gasto (CLAS) y la población objetivo (comunidad). Para el logro de los objetivos del PAC se crearon los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS).

El CLAS se hace cargo de un puesto o centro de salud que se encarga de dar servicios básicos y de emergencia, pero tiene la capacidad de derivar los casos complejos a los hospitales. Los CLAS involucran la participación comunitaria. La participación civil es un derecho básico de la población que en algunos casos facilita la generación de mayores recursos, a través de la potestad de fijar tarifas. En la presente investigación intentaremos mostrar cual es el grado de participación civil que se ha desarrollado en los CLAS.

El concepto de Participación Comunitaria estaba referida a la relación entre la comunidad y los organismos que brindan atención en salud, y el término se interpreta de manera diversa. En una primera etapa, se entendía como la intervención de la población en proyectos de comunicación social para difundir conceptos de salud y enfermedad, o también como una toma de conciencia para el auto - cuidado de la salud.

Es solo en años recientes en que el término "participación comunitaria" incide en la intervención directa de los representantes de la comunidad en el planeamiento y la gestión de los programas de salud que operan a nivel local, y por tanto el desempeño de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) incluye la noción de descentralización de la gestión de los servicios y el "empowerment" (o empoderamiento) de manera simultánea (Organización Panamericana de la Salud 1998; Craig 1995; Paganini, 1990; Pedersen 1988, Martin 1983).

Los componentes principales de la estrategia de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) son: la responsabilidad y la programación locales, el enfoque de planificación basado en las necesidades de la población, el enfoque orientado a resultados, la innovación técnico- administrativa, la definición de formas de financiamiento y asignación de recursos y la participación comunitaria (Organización Panamericana de Salud, 1990).

Rifkin (1990) establece cinco niveles de participación de la comunidad en los programas de salud que pueden ser muy útiles como medida de evaluación de este aspecto en los Establecimientos de Salud con CLAS. La autora establece una escala jerárquica, y con ello da sus juicios de valor acerca de lo que es deseable entender como participación comunitaria. Los niveles que ella determina no son categorías separadas y alternativas, sino que hay una continuidad entre ellas, a manera de una evolución. Así, dentro de su esquema, el primer nivel de participación comunitaria es indirecto y pasivo, el segundo engloba al anterior y supone un estadio superior menos indirecto y menos pasivo. Luego se continúa de la misma manera con los otros niveles.

La clasificación establecida por Rifkin sin embargo, será utilizada en vista de la utilidad que puede ofrecer si se desea comparar entre las experiencias de los diferentes CLAS a estudiar. Por ello es más valioso, tener en cuenta las cinco experiencias distintas (sin jerarquías entre ellas) ya que en la práctica se entremezclan indistintamente y no se

presentan en un estado “puro” o “natural”. En este contexto, se puede hablar de Participación Comunitaria cuando:

- A. La comunidad sólo participa en los beneficios del programa, es decir, recibe atención en salud, con o sin costo, y en algunos casos colaborando con cuotas.
- B. La comunidad participa en las actividades del programa, siguiendo las propuestas de los planificadores del programa.
- C. La comunidad participa en la implementación de programas de salud, asumiendo algunas responsabilidades administrativas.
- D. La comunidad participa en el seguimiento y la evaluación del programa, pudiendo modificar, aunque no determinar los objetivos del programa.
- E. La comunidad participa en el planeamiento de los programas, teniendo amplio campo de acción para tomar decisiones sobre los programas.

En este contexto, el modelo de administración compartida propuesto por el Ministerio de Salud (MINSA) plantea la participación de la comunidad desde una perspectiva que nosotros entendemos como “activa pero dependiente”, cumpliendo sólo algunos de los criterios arriba mencionados. Sin embargo, hay que remarcar que el objetivo primario de los CLAS no es precisamente la intervención representativa de la comunidad en la administración del Establecimiento de Salud, sino brindar un servicio de salud más eficiente. Esta mayor eficiencia, se considera que puede lograrse a través de que el Ministerio de Salud pueda compartir la gestión del Establecimiento con individuos (o representantes de instituciones) que no estén comprometidos con el Estado.

La participación comunitaria dentro del esquema de los CLAS entonces, se configura a partir del conocimiento que pueda tener la comunidad de las actividades y funcionamiento del Establecimiento de Salud, así como la posibilidad que los integrantes del Comité tomen en cuenta continuamente las demandas y necesidades de la población.

El CLAS es una organización sin fines de lucro que presenta las siguientes características:

- Es un comité formal pues está institucionalizado y cuenta con personería jurídica.
- Se trata de una organización privada y auto - gestionada, puesto que tiene capacidad para tomar decisiones respecto a sus actividades (compras de insumos, contratación del personal, tarifas entre otros).
- No distribuye utilidades.
- Supone un alto grado de participación voluntaria de los miembros de la comunidad.

El CLAS está compuesto por tres representantes elegidos por la comunidad, tres miembros de la comunidad propuestos por el Jefe del Establecimiento de Salud y el Jefe mismo. El Ministerio de Salud (MINSA) establece los lineamientos y las regulaciones para la provisión de los servicios. Los CLAS empezaron a existir formalmente desde

abril de 1994, luego de un breve programa piloto. Los primeros CLAS se instalaron en el departamento de Ayacucho, que tiene los índices de pobreza más altos del país (78% de los hogares son pobres, 75% de los hogares no tienen conexión de agua potable)², y los indicadores de salud más alarmantes, por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es de 69 por mil nacidos vivos, y el 43.2% de los niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica.³ Este departamento fue el más golpeado por la violencia terrorista del período 1980-1992.

La asamblea general es el órgano máximo del gobierno del CLAS, conformado por seis representantes de la comunidad. El consejo directivo es el órgano responsable de la marcha administrativa del CLAS, y sus miembros - nominados por la Asamblea General- se encargan de la toma de decisiones en la gestión del Establecimiento.

El Consejo está compuesto por un presidente, un secretario, un tesorero elegido por la asamblea general, y el jefe del establecimiento, quien tiene la condición de gerente. Este último es el responsable del cumplimiento del Programa de Salud Local (PSL) y de la aplicación del censo comunitario que permite contar con información actualizada de las necesidades sanitarias de la población. (MINSAL, 1996)

Hay 611 establecimientos de salud bajo la modalidad de gestión de los CLAS sobre un total de 5,060 establecimientos de atención primaria a nivel nacional a cargo del Ministerio de Salud. Del total de 611 establecimientos bajo gestión de un CLAS, 572 ya han sido incorporados al Programa de Administración Compartida (PAC); el 69% son puestos de salud, mientras que el 31% son centros de salud⁴. El 40.1% de los CLAS se ubica en zonas pobres; el 33%, en zonas de nivel económico regular; el 21.5%, en zonas muy pobres; y el resto, en zonas donde la población tiene una situación económica aceptable. Asimismo, el 69% y 31% de los CLAS se encuentra en zonas rurales y urbanas respectivamente.

El Programa de Salud Local (PSL) plantea los objetivos, las metas y las actividades del establecimiento bajo administración compartida. El PSL es elaborado por el personal de salud del establecimiento y con la participación activa de los miembros del CLAS a través de un censo de salud comunal, bajo la dirección y el asesoramiento del médico jefe del establecimiento. El programa se financia con fondos del tesoro público y los ingresos propios del CLAS. A nivel nacional un 21.5% de los costos de producción de los servicios de salud ofertados por el Ministerio de Salud son financiados con recursos propios⁵. En el caso de los CLAS, el promedio de los casos estudiados es similar, pero también se encontraron establecimientos donde la tasa de autofinanciamiento es mayor.

En el ámbito del PSL se incluye la elaboración de los programas preventivos y promocionales. La evaluación nacional de la producción de los CLAS para el primer semestre de 1997, realizada por los miembros del Programa de Administración Compartida, refleja que se alcanzó un porcentaje modesto de las metas programadas en los servicios de vacunación, crecimiento y desarrollo, planificación familiar, vacunas

² Ministerio de la Presidencia (1996).

³ Ministerio de Salud (MINSAL), (1998).

⁴ Los puestos y centros de salud son establecimientos de atención primaria. La diferencia entre uno y otro reside en el tamaño de la infraestructura, el número de médicos, y personal que laboran en el establecimiento; y por tanto, ello determina en el caso de los centros de salud una mayor variedad y complejidad de los servicios que ofrece al público.

⁵ Francke, Pedro, (1997).

antitetánicas, charlas educativas, visitas domiciliarias y baciloscopia. Por otro lado, si se compara a los CLAS con los establecimientos centralizados, la tasa promedio por habitante de los servicios preventivos y promocionales es similar en ambos modelos de gestión; no obstante, la tasa de cobertura por habitante en el área de jurisdicción es mayor en los CLAS que en los no CLAS. De este modo se podría concluir que los CLAS son más productivos que los establecimientos de gestión centralizada tradicional.

CUADRO NO. 1 PRODUCCIÓN COMPARADA ENTRE ESTABLECIMIENTOS CLAS Y NO CLAS: PERÚ 1997

Producción/tipo de modelo de gestión	Establecimientos CLAS	Establecimientos en el PSBPT no CLAS
Número de centros de salud	175 (29%)	598 (13%)
Número de puestos de salud	436 (71%)	3851 (87%)
Distribución de los establecimientos por estrato de ingreso:	%	%
Nivel D (pobre extremo)		
Nivel C (pobre)	22	38
Nivel B (regular)	40	34
Nivel A (aceptable)	35	18
	2	10
Habitantes en el área de cobertura de los establecimientos (T)	2,652,442	11,759,002
Habitantes por establecimiento	4,341	2,643
Total de personas atendidas	1,980,658	7,014,621
% de población que recibió cualquier servicio	74.7%	59.7%
Servicios intramurales:		
Total de servicios (IN)	4,474,405	17,338,849
Tasa promedio por habitante (IN/T)	1.69	1.50
Servicios extramurales:		
Total de servicios (EX)	284,252	2,658,797
Tasa promedio por habitante (EX/T)	0.11	0.23
Actividades promocionales y preventivas:		
Total de servicios (PPA)	1,880,410	8,118,078
Tasa promedio por habitante (PPA/T)	0.71	0.70

Fuente: Altobelli, Laura C., *Comparative Analysis of Primary Health Care Facilities with Participation of Civil Society in Venezuela and Peru*, propuesta presentada en el seminario "Social Programs, Poverty and Citizen Participation", Inter-American Development Bank, State and Civil Society Division, marzo 1998.

3. Caracterización de la gestión y análisis del desempeño de los comités locales de administración compartida (CLAS).⁶

3.1. Agentes involucrados en el modelo de administración compartida

El Ministerio de Salud define a los CLAS como “una modalidad descentralizada de administración, donde el Estado comparte esfuerzos y recursos con la comunidad” con el fin de mejorar la salud de los integrantes de la misma.

El “esfuerzo compartido” consiste en la dirección conjunta del establecimiento por parte del médico - jefe, designado por el Ministerio (quien es el “gerente”), y los miembros de la comunidad que integran la Asamblea General del CLAS. La interacción de los agentes que participan en el modelo de gestión compartida determina la forma de funcionamiento de los establecimientos.

Se identifica a los agentes endógenos del establecimiento de salud:

- a) el gerente,
- b) los representantes de la comunidad en el CLAS (Consejo Directivo/Asamblea General),y
- c) el personal de salud; así como los agentes exógenos:, y
- d) la subregión de salud
- e) la comunidad.

Los “agentes exógenos” influyen en el manejo y el funcionamiento desde el exterior del establecimiento, ya sea a través de normas generales para una zona (subregiones de salud) o de presiones indirectas (la comunidad). Los "agentes endógenos" tienen su ámbito de acción en el interior del establecimiento, y sus efectos en el manejo y gestión tienen una repercusión inmediata. Las características de cada uno de ellos y su capacidad de influencia en el interior del establecimiento determinan las modalidades de operación de los establecimientos con CLAS. En el Gráfico No. 1 se ilustra la relación entre los agentes del modelo de gestión bajo administración compartida.

⁶ Se utilizó los resultados de la Encuesta de demanda de servicios de salud CLAS 1997 recopilada por el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, entre setiembre y diciembre de 1997, sobre 1,053 usuarios de doce establecimientos de salud con CLAS de tres regiones distintas: La Libertad, Lima y Junín. Las regiones fueron seleccionados tomando en cuenta la heterogeneidad de los establecimientos CLAS por el nivel de pobreza de ámbito de influencia y el tiempo de antigüedad de funcionamiento del CLAS.

El cuestionario de la encuesta incluye 122 preguntas y un módulo de datos generales de los miembros del hogar al cual pertenece el usuario receptor de los servicios de salud entrevistado (véase Anexo No. I). Por otro lado, se utilizó también los resultados de las guías de preguntas dirigidas a los miembros de los CLAS seleccionados (60), gerentes (12) y al personal de salud del establecimiento (24). (véase anexos No. II-V).

3.2. Modalidades de gestión de los Establecimientos CLAS⁷

3.2.1. Por la actitud de la autoridad local del Ministerio de Salud

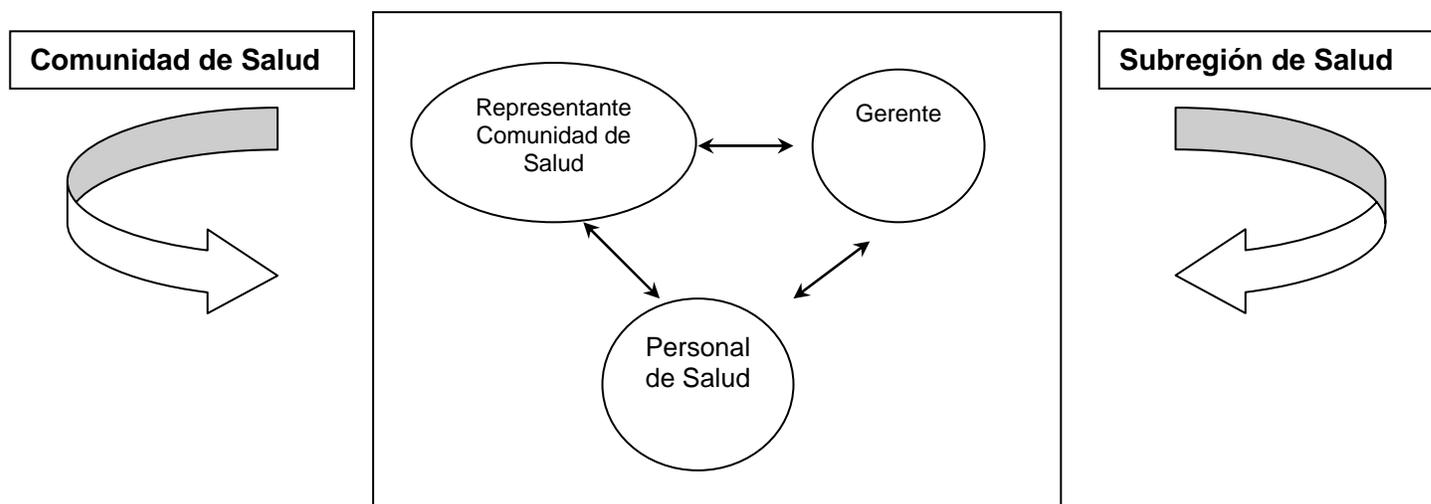
Las autoridades locales del Ministerio de Salud ejercen influencia sobre la autonomía administrativa y de gestión del establecimiento de salud.

Los mecanismos de esta influencia se refieren a los aspectos de apoyo logístico, la fluidez de las etapas administrativas que son procesadas por la autoridad local, y el nivel de apoyo técnico requeridos para un buen desempeño y cumplimiento de las metas establecidas en el Programa de Salud Local. Sobre la base de los estudios de caso, se identificaron tres actitudes de las autoridades locales frente a los CLAS:

- i) **Actitud involucrada:** Los responsables del PAC están comprometidos con el modelo y promueven los principios esenciales de la administración compartida. El trabajo de los CLAS se facilita respecto a los niveles superiores del MINSA, sobre todo porque les alivia trámites y procesos administrativos que los CLAS no están en condiciones de ejecutar debido a su falta de equipos de soporte contable, financiero y administrativo. Por otro lado, se incentiva la replica de los procesos exitosos en otros establecimientos, lo que supone que los CLAS más antiguos se comprometen a asesorar a los recién formados.
- ii) **Actitud ausente:** Los responsables del Programa de Administración Compartida asumen una postura distante respecto a la actividad de los CLAS bajo su jurisdicción. La estrategia es la “dejar hacer y pasar” porque se considera que los CLAS tienen autonomía y deben resolver sus problemas de manera independiente. Existe también una fuerte intervención de los responsables de los programas de salud del MINSA que se ejecutan en los establecimientos bajo administración compartida, lo cual disminuye la autoridad de los responsables del PAC. Bajo estas circunstancias, los gerentes de los establecimientos se preocupan más en cumplir las metas que exigen los responsables de los otros programas que la del coordinador del PAC.

⁷ No se intenta incorporar todas las modalidades de gestión de los establecimientos CLAS, en la medida que sólo se utilizó una pequeña muestra en tres regiones heterogéneas en cuanto a niveles de ingreso, indicadores de salud, y experiencia histórica de participación comunal en la provisión de bienes públicos. En todo caso, hay que resaltar que hay otras tipologías de CLAS no observadas en la muestra que están fuera del análisis.

GRÁFICO No. 1 RELACIÓN ENTRE LOS AGENTES DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD BAJO ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA



- iii) **Actitud de obstáculo:** Los responsables del Programa o autoridad local no sólo tienen una actitud distante, sino que incluso se oponen al funcionamiento de los CLAS. La autoridad local busca el cumplimiento detallado de las disposiciones centrales, sin un espíritu de riesgo o experimentación de las propuestas novedosas en la gestión de los establecimientos.

Para evitar que la gestión local esté fuera de control, se intenta limitar el ámbito de autonomía de los establecimientos al máximo y se establece, por ejemplo, que los directorios de los CLAS no pueden modificar la infraestructura de los locales, o comprar equipos médicos especializados sin la autorización previa de la autoridad local de la subregión. Los responsables de la subregión del Ministerio de Salud permanecen ajenos a la gestión del CLAS: no hay visitas a los establecimientos, y los miembros de los CLAS no conocen a la coordinadora del Programa Local designada.

3.2.2. *Por relaciones de poder en el interior del establecimiento*

La instalación y el inicio de operaciones de la modalidad de gestión de los CLAS asumió que los CLAS iban a generar sus equipos de soporte financiero y administrativo.

Los CLAS han tenido que enfrentar los nuevos retos con escasa capacidad logística, y han debido adaptar su funcionamiento, sus jerarquías y las cadenas de mando a las características particulares de los representantes del CLAS. Recién en 1996 se establecieron normas más claras respecto a las funciones que cada miembro de los CLAS debía cumplir. En estos estatutos tardíos, la figura del gerente se convierte en un elemento central para el funcionamiento de los CLAS, y se establece que el gerente “es el responsable de planificar, coordinar, ejecutar y evaluar las actividades de salud”; asimismo, se le considera “la máxima autoridad en los temas técnicos del Establecimiento de Salud”.

Los representantes de la comunidad en el CLAS intentan intervenir en el control de las actividades y decisiones del gerente del establecimiento, y del estudio de casos se desprende que los miembros del CLAS manifiestan una preocupación latente sobre la supervisión de las tareas que realiza el personal de salud. Sin embargo, cabe señalar que el gerente y los representantes de la comunidad no se relacionan de la misma manera en todos los CLAS visitados. Hay que tener en cuenta que el equilibrio de fuerzas entre el gerente y los miembros del CLAS es esencial para entender no sólo la relación entre ellos sino el funcionamiento del establecimiento como un todo. El tipo de gestión de un CLAS es dinámica, puede moverse de una relación claramente vertical, ejercida por el gerente sobre el personal y miembros del CLAS, a una relación más horizontal por el solo hecho de reemplazar al médico - jefe.

La fragilidad de la continuidad del sistema se explica por las características de la personalidad de aquellos que intervienen en la administración del establecimiento, incluyendo a los representantes de la comunidad en el CLAS. Cuando mencionamos que el sistema es frágil no referimos al hecho que la recomposición de fuerzas, funciones y responsabilidades puede afectar de manera profunda la continuidad en el trabajo del establecimiento de salud.

Esta recomposición está vinculada al cambio de las personas responsables de tareas y funciones específicas. La continuidad del sistema se refiere a la posibilidad de organizar el establecimiento con la finalidad de cumplir los objetivos de equidad en la prestación de servicios y el incremento de la calidad de los mismos.

El integrante del CLAS promedio dedica en promedio 14 horas a la semana. Una proporción importante son mujeres cuyas edades oscila: entre los cuarenta y cincuenta años.

El nivel de educación del representante de la comunidad determina un mayor dinamismo, y una evaluación permanente de su papel en la prestación de los servicios de salud. El 90% de los miembros de la comunidad en los CLAS tiene educación secundaria completa y el 57% tiene al menos un año de estudios superiores; este último porcentaje desciende a 40% si se tiene en cuenta a las mujeres miembros de CLAS entrevistadas, que constituyen la mayoría. El 70% de las mujeres que participan en los CLAS se dedican solo a labores de su hogar.

El 52% de los miembros de los CLAS seleccionados reportaron tener experiencia previa en actividades vinculadas a la salud, y el 72% con capacitación en gestión.

En general, la capacitación mencionada ha sido brindada por el propio Ministerio de Salud cuando los representantes ya estaban ejerciendo su cargo, y sólo en muy pocos casos fue brindada por Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) y privadas que trabajan en la zona.

El 83% de los miembros de la comunidad que trabajan en los CLAS pertenecen a una organización de base de la propia comunidad (comedor popular, comités vecinales, directivas comunales, etc.) y por ello poseen de experiencia de trabajo comunitario.

Las modalidades de gestión identificadas según la relación de poder entre el gerente y los representantes de la comunidad en el CLAS son los siguientes:

- i) **Control comunitario (tipo I):** Los representantes de la comunidad en el CLAS suelen dominar la acción del gerente. Estos últimos tratan de abarcar la mayor parte de las responsabilidades del establecimiento y tienen un impulso muy fuerte para “vigilar” la labor que cumple el personal de salud. Esta situación genera mucha presión e incomodidad con el personal técnico de salud.
- ii) **Control médico - técnico (tipo II):** El gerente establece una alianza con el equipo de salud del establecimiento. El médico - jefe y el personal de salud realizan sus labores como si fueran todavía un establecimiento centralizado que depende únicamente del MINSA. Esta situación es la óptima para muchos de los profesionales de salud entrevistados como parte del estudio, puesto que consideran que la prestación de servicios de salud debería estar únicamente en manos de aquellos que “están preparados” para hacerlo. El problema de este modelo es que la participación comunitaria es nula; los miembros del CLAS pierden interés en sus obligaciones y, por tanto, se desvirtúa la naturaleza básica de la participación civil en la gestión que debe involucrar la administración compartida.
- iii) **Control gerencial vertical (tipo III):** El gerente es la pieza fundamental del establecimiento y ejerce su mando sobre el personal de salud y los miembros del CLAS. En su versión más rígida, el gerente no acepta la intervención de otros agentes en la conducción del establecimiento; en este caso, el médico - jefe es fiel al viejo estilo de prestación de salud, donde el doctor es la cabeza de toda la jerarquía. Esto genera malestares en los miembros del CLAS, quienes ven limitadas sus funciones.
- iv) **Control difuso (tipo IV):** El tipo IV hace referencia directa a un conflicto transitorio en el interior de la organización, donde el gerente y los miembros del CLAS asumen una posición activa en busca de la supremacía por el establecimiento; para ello, realizan “alianzas” con parte del personal de salud, el cual se ve de esta manera dividido en facciones, una a favor del gerente y la otra que apoya la labor de los representantes de la comunidad en el CLAS. La inestabilidad de la situación y el enfrentamiento constante perjudican la labor del establecimiento, ya que no existen las condiciones para un desenvolvimiento armónico y un trabajo conjunto planificado.

3.2.3. *Por contexto de intervención de la comunidad*

Los CLAS comprendidos en el estudio según el contexto de intervención de la comunidad sobre el CLAS se clasifican como sigue:

- a) Contexto de intervención comunal alta, usualmente presente cuando el establecimiento de salud con CLAS se encuentra ubicado en un asentamiento humano o "pueblo joven".
- b) Contexto de intervención comunal baja, usualmente presente cuando el establecimiento de salud con CLAS se encuentra ubicado en el casco urbano de la

ciudad o en zonas rurales cuya población se dedica principalmente a actividades agrícolas.

Esta clasificación es importante porque la actuación de los miembros de los CLAS está también influenciada por la acción de los miembros de la comunidad. En el primer contexto, la comunidad se caracteriza por estar conformado por población inmigrante, que viven en barrios "emergentes" con una fuerte tendencia a la mejora de los niveles de vida con relación a los lugares de origen; y donde se han consolidado mecanismos de acción colectiva (ayuda alimentaria, seguridad, difusión de conocimiento productivo etc.) en favor de los miembros de la comunidad. En este contexto, la intervención comunal en las labores del CLAS es usualmente alta.

Por otro lado, el contexto rural, tiene otras características (población rural con mayores índices de pobreza, bajos niveles de educación, y un bajo nivel de organización colectiva) las cuales determinan una reducida participación de los miembros de la comunidad en las decisiones que toman los miembros del CLAS.

3.3. Percepción de los agentes involucrados en el desempeño de los CLAS

A través de las diferentes entrevistas y contactos personales, encontramos que las percepciones de los agentes que intervienen de manera "endógena" en la administración compartida son diferentes según sus intereses particulares, experiencia social y valoración sobre los atributos de calidad de los servicios (horarios, especialidades brindadas, tarifas, exoneración de cobros, mecanismos de control del personal, trato al usuario, entre otros atributos). También existen puntos de convergencia en las opiniones de los agentes que participan, los que permiten a los agentes involucrados a guiar el trabajo de fortalecimiento del CLAS en esos aspectos que todos consideran importantes.

Para conocer más sobre este tema, se plantearon preguntas a los representantes de la comunidad en el CLAS y a los gerentes respecto a su visión del establecimiento de salud (ver anexo No.II).

La meta del establecimiento de salud según la cual se busca obtener una mayor tamaño es apoyada por los miembros de la comunidad en el CLAS. Existe el interés de contar con una mayor variedad de servicios de salud como un símbolo de prestigio de la comunidad. Convertir al puesto de salud en un establecimiento con los servicios de un centro de salud o de un hospital es señal de prosperidad y organización de los pobladores, aunque ello no necesariamente se relacione con las necesidades reales de salud. Hay preocupación por lo material y los aspectos externos del establecimiento de salud por parte de los representantes de la comunidad.

Cuando se les preguntó qué mejoras necesita el establecimiento de salud, el 49% se refirió a los aspectos materiales, es decir, mejoras en infraestructura, ampliación del local, compra de equipos médicos, compra de ambulancias (ver Cuadro No. 2). Los aspectos de gestión fueron mencionados por un 38%; la cual incluye un mejor trato del personal, un aumento de las especialidades médicas, y un aumento del número de profesionales de la salud. En resumen se destaca la falta de recursos materiales y humanos. Por otro lado, la opinión de los Gerentes es diferente. Ellos destacan los aspectos de gestión (48%), pero muestran su preocupación por la infraestructura del

establecimiento (42%).

CUADRO NO. 2 MEJORAS QUE DEBEN HACERSE EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD SEGÚN MIEMBROS DE LA COMUNIDAD Y GERENTES

Mejoras del establecimiento^{1/}	Representantes de la comunidad	Gerentes de CLAS
Infraestructura y materiales	49%	42%
Gestión	38%	48%
Capacitación del personal	4%	6%
Integración del personal	4%	0%
Aspectos contables y financieros	3%	3%
Cogestión	1%	0%
Tarifas bajas	1%	0%

1/ La "capacitación" se refiere a la formación permanente del personal médico y técnico; la de "integración", a la relación del establecimiento con la comunidad; la "gestión" se refiere al cumplimiento del programa de salud local, realización de balances auditados, rendición de cuentas, contratación y evaluación del personal, cumplimiento de acuerdos tomados, proyectos de inversión, servicios y horarios de atención, entre otros. La "cogestión" se refiere a la relación con la autoridad local, existencia de conflictos al interior del establecimiento, relación entre el gerente y el consejo directivo.

Fuente: Guía de entrevistas CLAS 1997⁸.

Elaboración propia.

En el Cuadro No.3, se señalan las opiniones de los agentes endógenos (gerente y representantes de la comunidad en el CLAS) y los usuarios de los establecimientos, sobre sus prioridades respecto a los servicios de salud. Se ordenaron las respuestas sobre la base de su importancia: alta (A), media (M), y baja (B). Se observa un conflicto de objetivos entre los representantes de la comunidad y los gerentes del CLAS. Por otro lado, los Gerentes otorgan a los servicios de salud una importancia similar a los usuarios, con excepción del aspecto del trato del personal y el equipamiento del establecimiento de salud (véase el Cuadro No.3).

⁸ Incluyó entrevistas a 60 representantes de la comunidad de los CLAS, tales como el Presidente, Tesorero,, secretario, vocal miembros del CLAS; los Gerentes de los doce (12) Establecimientos seleccionados para el estudio de casos, y personal de los establecimientos. Los entrevistados respondieron a una guía de preguntas que se describen en los Anexos No. II-V.

CUADRO NO. 3 VALORACIÓN SUBJETIVA DE LOS AGENTES Y USUARIOS A LOS ASPECTOS DEL SERVICIO DE SALUD OTORGADOS⁹

Aspectos del Servicio en los CLAS	Representantes de la Comunidad	Gerentes de CLAS	Usuarios/ Pacientes
Ubicación/facilidad para llegar al lugar	M	B	B
Trato del personal de salud en el triaje o admisión	M	A	B
Preparación del personal de salud que atendió en el triaje	M	B	B
Comodidad del sitio de espera	B	B	B
Trato recibido del personal de salud	M	A	A
Preparación del personal de salud	M	A	A
Disponibilidad de medicinas	M	B	B
Local y equipamiento del establecimiento de salud	A	M	B
Costo del servicio recibido	M	B	B
Costo de las medicinas	B	B	B
Visita domiciliaria	B	B	B

Fuente: Guía de entrevistas CLAS 1997.
Encuesta de Demanda de servicios de Salud CLAS 1997.

3.4. Características de la participación comunitaria

En la Declaración de Alma - Ata se identificó la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos y familias asumen la responsabilidad por su propia salud y bienestar, así como los del resto de la comunidad, y desarrollan la capacidad de contribuir al desarrollo de la misma (World Health Organization, 1978).

Cohen y Uphoff (1980) plantean cuatro dimensiones para examinar la participación comunitaria: (a) el tipo de participación; (b) el grupo de participantes en el proceso de participación; (c) las distintas maneras como el proceso se está desarrollando; (d) el propósito de la participación.

Aún cuando estas características deben estar presente en toda Organización sin fines de lucro, su grado de presencia cambiará de acuerdo al tipo de organización y de la sociedad a la que pertenezcan.

⁹ Los reportes de los representantes de la comunidad y los Gerentes provienen de los resultados de la Guía de entrevistas realizadas a 60 representantes y 12 Gerentes de los establecimientos seleccionados (véase Anexos II-V). Los reportes de los usuarios proviene de las respuestas sobre la calidad de los servicios de salud recibidos por los CLAS de 1,053 usuarios de los doce establecimientos de la muestra del estudio.

De acuerdo a las normas establecidas por el MINSA, cada CLAS debe estar integrado por miembros de la comunidad donde funciona el establecimiento. La designación de los representantes de la población se realiza a través del propio MINSA y los representantes de organizaciones que trabajan en la comunidad. Esto configura un panorama especial, bajo el cual la representatividad de los miembros de la comunidad no es plena.

En otras palabras, no es necesario que los integrantes de los CLAS sean elegidos representativamente por una asamblea comunal, o mediante sufragio universal. Es suficiente la convocatoria a las autoridades de la comunidad o de organizaciones de base, quienes podrían asumir, junto con el Estado, la gestión compartida del establecimiento.

La representatividad de los miembros del CLAS no es formal en el sentido que no proviene de una elección directa de los miembros de la comunidad a la cual representan. Del estudio de casos, podemos señalar que la mayor parte de los representantes de la comunidad en el CLAS son miembros o ex miembros de organizaciones de base de la comunidad o simplemente personas conocidas por su trabajo en favor de la comunidad. A lo largo de las visitas realizadas, se ha constatado que los integrantes de los CLAS se encuentran altamente integrados a su comunidad. Se trata de personas activas, que conocen los problemas de la comunidad, y que cuentan con un historial de experiencia en cargos de servicio a la colectividad; una proporción muy importante está integrada por mujeres con experiencia en comités del vaso de leche, comedores populares, y los grupos de padres de familia de la escuela local. Dado que las responsabilidades de los representantes de la comunidad que realizan trabajo voluntario son cada vez mayores, ellos aprueban la adopción de incentivos económicos que compensen sus costos de oportunidad.

La participación comunitaria observada en los CLAS no exige una responsabilidad directa o indirecta de la mayoría de los miembros de la comunidad. Quienes finalmente acuden a la convocatoria de formación de los comités son personas de buena voluntad con experiencia previa en alguna organización de base del barrio, pero cuya característica fundamental es que son residentes en la zona de jurisdicción del establecimiento de salud. Cabe remarcar, que los insumos, los materiales y la infraestructura del establecimiento no son de propiedad del CLAS y menos aún de la comunidad; son propiedad del Estado.

3.5. Características de la atención de salud y la participación civil de la gestión de los Establecimientos bajo administración compartida.¹⁰

a) La cobertura de los servicios: El 80% de los usuarios de los CLAS de la muestra no tiene seguro médico; los que contaban con él son, en su mayor parte, solo contribuyentes del IPSS (44% del total de asegurados); aunque un porcentaje menor (28.5% del total de asegurados) posee, además del seguro del IPSS, un seguro privado. El 71% de los usuarios de los CLAS reportó que la razón de su visita era la cercanía a su domicilio; un 13% porque el establecimiento tiene un buen personal de salud, y el siguiente 8% por el precio de consulta. En promedio, un 59.1% de los entrevistados se atendió por primera vez en el CLAS durante 1997; y alrededor del 18% acudió por primera vez durante 1996. Los establecimientos que presentan una mayor cobertura de servicios de salud son aquellos donde la intervención de la comunidad es alta.

Los datos de la encuesta de demanda de servicios de salud CLAS 1997 muestran que existe una alta proporción (cerca de 29%) de pacientes que fueron atendidos en los CLAS sin haber presentado, en el momento de su atención, ningún tipo de malestar, dolencia o enfermedad. Este porcentaje, relativamente alto, se explica por el seguimiento de los pacientes por algún tratamiento, la atención a charlas de planificación familiar, y el control de crecimiento y desarrollo de los niños.

El 25.7% de las visitas fueron por motivo de una enfermedad de las vías respiratorias y el 11.5% por problemas gastrointestinales. El 50.1% de los usuarios manifestaron que habían tenido el malestar, la dolencia o la enfermedad una semana antes de la consulta; y el 5.4%, entre una y dos semanas previas.

b) Consulta, satisfacción e información: un 18.5% de los entrevistados señaló que antes del funcionamiento del establecimiento CLAS, no recibía atención alguna de salud. El 29% de los usuarios indicaron que antes de visitar el CLAS acudía a otros puestos o centros de salud, el 28.3%, a un hospital del MINSA y 5.4% a una clínica o consultorio privado. Solo el 8.6% señaló que acudía al mismo establecimiento, es decir, cuando operaba bajo la modalidad de gestión centralizada.

La mayoría de los usuarios, un 68%, señaló que usualmente, la curación del malestar o la enfermedad en el CLAS era satisfactoria. Un 90% de los usuarios de los CLAS recibieron explicaciones de cómo aplicar o seguir las indicaciones médicas y, de este grupo de personas, aproximadamente el 84% entendió todo o gran parte de la explicación que recibió. Adicionalmente, un 89.5% de los entrevistados manifestó que seguía todas o algunas de las indicaciones del doctor o enfermera.

En el ámbito regional existen diferencias sobre la participación del usuario en el tratamiento. El 51.8% de los entrevistados en la región Junín tenían dudas o preguntas sobre la enfermedad, el tratamiento o las indicaciones. En oposición, en Lima y la Libertad, el 71.4% y 75.5% de los entrevistados, respectivamente, no tenían duda alguna.

¹⁰ El análisis de ésta sección se baso en los resultados de la Encuesta de Demanda de Salud CLAS (1997). El anexo No. I contiene los aspectos básicos del cuestionario, el cual puede ser revisado por el lector directamente de la página web siguiente: <http://www.up.edu.pe/docentes/rcortez>

Los resultados podrían estar asociados con el nivel educativo de la población. Son las personas con educación relativa mayor, las que preguntan por información al personal de salud.

En cuanto al tipo de información que el paciente recibió, ésta se puede desagregar en información sobre prevención de enfermedades y por otro lado, información dada pero no solicitada.

En el primer tipo de información, un 38% de los usuarios entrevistados recibió información sobre cómo prevenir algunas enfermedades. De este grupo, un 32% de los entrevistados recibió indicaciones sobre hábitos alimenticios; 38.9%, sobre hábitos de higiene, un 18.7% sobre hábitos de vida, 4.2% otros, y 6.2% no contestó.

**CUADRO NO. 4 ¿QUÉ INDICACIONES LE DIO EL MÉDICO/ENFERMERA QUE LO ATENDIÓ?
(Porcentajes)**

Indicaciones / Contexto de intervención comunal	Intervención comunal baja (urbano/rural)	Intervención comunal Alta (urbano marginal)	Total
Ninguna	18,3%	8,0%	11,0%
Reposo	7,8%	5,1%	5,9%
Mejorar hábitos alimenticios	7,0%	11,5%	10,1%
Mejorar hábitos de higiene	4,8%	11,5%	9,5%
Recetó medicinas farmacológicas	48,8%	50,8%	50,3%
Recetó remedios caseros	2,0%	1,4%	1,6%
Recetó métodos de planificación familiar	2,2%	4,9%	4,1%
Otros	6,7%	5,3%	5,7%
No contestó	2,3%	1,4%	1,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de Demanda de Servicios de Salud de los CLAS: 1997.
Elaboración propia

Los pacientes de los CLAS ubicados en una comunidad con alta intervención, reciben más indicaciones que los pacientes de los CLAS donde la intervención de la comunidad es escasa. Estos últimos pertenecen a zonas rurales o urbanas; y, de acuerdo con nuestra muestra, viven en condiciones más precarias que los pacientes de zonas urbano - marginales (donde la intervención de la comunidad es alta).

De la información recopilada de los 1,053 usuarios, solo el 22% de los usuarios entrevistados en los establecimientos CLAS recibieron información que no solicitaron. Esta información se refiere a la planificación familiar(28.6% de los casos), crecimiento y desarrollo del niño(12.8%), control de embarazo(6.9%), inmunizaciones(8.9%), enfermedades diarreicas agudas (11.8%), infecciones respiratorias agudas (11.8%), otros (12.2%) y no contestó (6.9%).

c) El trato al usuario y los tiempos de espera: Los usuarios de los centros de salud CLAS se mostraron satisfechos con el trato del personal. Un 94.3% de personas señaló que la persona que lo atendió se mostraba agradable, amable o atenta; y el mismo porcentaje de entrevistados reportó estar a gusto durante la consulta.

Los porcentajes de satisfacción por trato del personal no varían mucho según los CLAS. En todos ellos, el principal motivo de satisfacción por trato del personal fue su amabilidad y, en segundo lugar, su paciencia y tolerancia en la atención.

CUADRO NO. 5 PERFIL SOCIOECONÓMICO SEGÚN CONTEXTO DE INTERVENCIÓN (Porcentajes)

Perfil socioeconómico /contexto de intervención de la comunidad	Baja (urbano y rural)	Intervención comunal alta (urbano marginal)	Total
Abastecimiento de agua: red pública dentro de la vivienda	40.6%	64.9%	57.6%
Servicio de desagüe conectado: red pública dentro de la vivienda	29.8%	65.9%	55.1%
Basura: servicio municipal	49.2%	87.5%	76.1%

Fuente: Encuesta de Demanda de Servicios de Salud de los CLAS: 1997.
Elaboración propia.

Otra manera de analizar el trato al usuario se determina por el tiempo destinado a recibir la atención de salud en el establecimiento: T_1 es el tiempo de viaje hasta el establecimiento. T_2 es el tiempo total de espera que incluye el tiempo de espera en caja, el tiempo de espera en el triaje, y el tiempo de espera para ser atendido. T_3 es el tiempo de atención que incluye el tiempo de atención en el triaje y el tiempo de atención en la consulta. T_4 es la suma de todos los tiempos. En los establecimientos CLAS bajo estudio no se observa una diferencia absoluta en los tiempos de transporte, de atención, pero sí diferencias en los tiempos de espera.

Los coeficientes de tiempos totales de espera sobre tiempos de atención resultan ser mayores en los CLAS de La Libertad (4.4 minutos de espera por minuto de atención), seguidos por los de los CLAS de Lima (3 minutos de espera por minuto de atención), y los de los CLAS de Junín en último lugar (1.7 minutos de espera por minuto de atención). Un 55.3% de los usuarios consideró que el tiempo que toma llegar al lugar de atención fue normal, y el 31.6% que era breve. La mayor parte de los usuarios acuden a pie al establecimiento, un 9.8% en microbús, y 5% en taxi o mototaxi.

CUADRO NO. 6 TIEMPOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS (Minutos)

Tiempos	Lima	La Libertad	Junín
Tiempo de transporte (T_1)	15	13	14
Tiempo total de espera (T_2)= $a+b+c$	38	61	13
Duración de pago en caja (a)	3	3	2
Espera para atención en triaje (b)	9	17	4
Espera para atención en consultorio (c)	26	41	7
Tiempo de atención: $T_3 = d+e$.	18	17	16
Duración de triaje (d)	6	5	5
Duración de consulta (e)	12	12	11
Tiempo total (T_4)= $T_1+T_2+T_3$	71	91	43

Fuente: Encuesta de Demanda de Servicios de Salud de los CLAS: 1997.
Elaboración propia.

d) Pagos de consulta y disposición a pagar: El Cuadro No. 7, ilustra los gastos realizados en el establecimiento y los que tentativamente se harían. No existe una gran variación entre los pagos por consulta por subregión. El pago por consulta promedio fue de S/. 2.45. Sin embargo, sí existen diferencias en el gasto de los análisis o exámenes complementarios, que se explica fundamentalmente por la intensidad y calidad de los servicios ofertados a nivel regional. Cabe señalar que la tasa de exoneración de cobros para los análisis o exámenes complementarios en Lima es de 8%, en la Libertad un 2.5%, mientras en Junín, una región pobre, muestra una tasa de exoneración de 42%.

CUADRO NO. 7 GASTOS REALIZADOS EN EL ESTABLECIMIENTO Y DISPOSICIONES A PAGAR (Nuevos soles)

	Lima	La Libertad	Junín
¿Cuánto pagó por la consulta?	2.3	2.9	2.1
¿Cuánto pagó por análisis o exámenes complementarios?	5.6	12.2	0.81
¿Cuánto pagó por las medicinas recetadas?	8.4	10.3	7.4
Pago total efectivo	16.3	25.4	10.4
¿Cuánto es lo máximo que estaría dispuesto a pagar por la consulta?	4.5	4.3	3.7
¿Cuánto estaría dispuesto a pagar mensualmente por un seguro?	9.7	8.8	9.00

Fuente: Encuesta de Demanda de Servicios de Salud de los CLAS: 1997. Elaboración propia.

Los principales motivos por los cuales la gente compra sus medicinas en la farmacia del CLAS son los precios bajos, 40.4%; la cercanía, 26.2%; y por el hecho de que ésta se encuentra abastecida, 17.3%. En La Libertad, el 32.4% no encontró las medicinas que le recetaron; en Lima, el 26%; y en Junín, el de 7.1%. En promedio se observa que el 47.5% de los usuarios obtiene medicinas en una farmacia particular.

Si la tarifa del CLAS fuera mayor a la disponibilidad de pago máxima del paciente, un 43.9%, 40.3% y 34.9% de los usuarios de Junín, La Libertad y Lima se atenderían en otro establecimiento de salud. En este caso, los Puestos y Centros de salud y hospitales del MINSA, son alternativas de atención. En Lima tales proporciones serían 28.3% y 18.3%; en La Libertad, 31.1% y 10.7%; y en Junín, 27.2% y 13.2%.

No se observa una diferencia absoluta de los pagos por consulta según los quintiles de ingreso. Esto sugeriría que en la política de precios hay un error del tipo II; es decir que los que pueden pagar más por la consulta no lo hacen.

En el Cuadro No. 8 se puede apreciar que en el quintil más bajo, el 16% de los usuarios no pagó por la atención de salud; asimismo, este porcentaje es aproximadamente el mismo para todos los otros quintiles de ingreso. Lo mismo sucede en otros rangos de pago. Un 41% de los pacientes paga entre S/.0 y S/.2.4 soles por consulta, y un 38% reportó que pagó entre S/.2.5 y S/.4.9 soles por consulta.

CUADRO NO. 8 PAGOS DE CONSULTA POR QUINTIL (Porcentajes)

Tarifa/Quintil	I	II	III	IV	V	No contestó	Total
Cero soles	16%	17%	16%	18%	15%	25%	16%
Entre S/.0 y S/.1	6%	6%	5%	4%	4%	0%	5%
Entre S/.1 y S/.2	25%	21%	27%	30%	27%	25%	26%
Entre S/.2 y S/.2.5	13%	10%	8%	12%	10%	0%	10%
Entre S/.2.5 y S/.3	16%	18%	21%	14%	16%	13%	17%
Más de S/.3	22%	22%	19%	19%	25%	38%	21%
No contestó	2%	5%	4%	3%	3%	0%	3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta de Demanda de Servicios de Salud de los CLAS: 1997. Elaboración propia.

No se observa una diferencia absoluta importante en los valores de las disposiciones a pagar por quintil. El 4% de los usuarios de los establecimientos CLAS no están dispuestos a pagar por mejoras en los servicios de atención de salud.

El 70% de los entrevistados y usuarios actuales de los establecimientos CLAS estaría dispuesto a pagar una tarifa mayor a los precios de consultas actuales si la calidad de los servicios recibidos mejora. Las magnitudes de estos pagos se detalla en el Cuadro No. 9.

Un 56% de los pacientes está dispuesto a pagar hasta S/.4 soles por consulta, y 38% de los pacientes está dispuesto a pagar más de S/.4 por una atención de salud. En el Perú un porcentaje pequeño de la población, entre 15% y 20%, que recibe servicios de salud está exonerada de pagos¹¹, además hay una demanda creciente por alcanzar servicios de mejor calidad. Estos dos factores explican el hecho que un porcentaje de los usuarios entrevistados reporte una disposición a pagar por mejores servicios cuya magnitud es similar a los costos unitarios promedios de una consulta de salud, estimada en 6.7 nuevos soles¹². Cabe señalar, que un 55% de los usuarios reportaron que si tuviera mayores ingresos se iría a un consultorio o clínica privada; sin embargo, un 43.4% de los usuarios entrevistado no acudirían a otro lugar para recibir atención de salud si se incrementaran sus ingresos.

CUADRO NO. 9 DISPOSICIÓN A PAGAR POR NIVELES DE INGRESO (EN QUINTILES) ..(porcentaje)

Monto/quintil	I	II	III	IV	V	No contestó	Total
Cero soles	6%	2%	5%	7%	2%	13%	4%
Entre S/.0.1 y S/.3	31%	33%	40%	38%	25%	25%	34%
Entre S/.3 y S/.3.5	5%	3%	3%	2%	3%	13%	4%
Entre S/.3,5 y S/.4	18%	24%	16%	17%	19%	13%	18%
Entre S/.4 y S/.5	27%	22%	22%	22%	33%	13%	25%
Más de S/.5	11%	13%	12%	11%	15%	25%	13%
No contestó	2%	2%	3%	2%	2%	0%	2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Encuesta de Demanda de Servicios de Salud de los CLAS: 1997. Elaboración propia.

e) Sugerencias de mejora de los servicios: En las tres subregiones analizadas, las sugerencias de mejoras de los servicios son las mismas: incremento de especialidades, mejoras en la infraestructura, y disponibilidad gratuita de medicamentos y atenciones de salud: mientras que para Lima las frecuencias son 26.7%, 18.2% y 8.5%; en La Libertad son 18.3%, 14% y 12.3%; y en Junn, 28.8%, 12.1% y 12.9%, en todos los casos respectivamente (ver Cuadro No. 10). Si todos esos cambios se efectuaran, el 84.4% en Lima, el 81.2% en La Libertad y el 70.1% en Junín estaría dispuesto a pagar más por los servicios ofrecidos si fuera necesario para acceder a ellos.

¹¹ Francke, Pedro (1997).

¹² Alvarado, Betty (1996).

CUADRO NO. 10 SI USTED PUDIERA, ¿QUÉ CAMBIOS O MEJORAS HARÍA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD? (Porcentajes)

Cambios sugeridos/Tipo de CLAS	Control Comunitario	Médico Técnico	Gerencial vertical	Control difuso	Total
Medicina o atención gratuita	8,5	8	15,3	10,5	10
Contratar personal mejor preparado experimentado	9,5	8,9	8	6,9	8,8
Mejoras en infraestructura	20,4	10,6	11,9	9,7	16,5
Ampliación de horario y días de atención	6,6	8	12,6	9,7	8,2
Aumentar especialidades	26,0	30	15,3	30,8	25,3
Servicio de emergencia	6,7	8,9	10	5,3	7,2
Servicio laboratorio y rayos X	9	3,5	3,1	6,9	7,3
Otras	10,8	13,2	23,1	13,8	13,6
No contestó	2,6	8,9	0,8	6,5	3,4
Total	100	100	100	100	100

Fuente: Encuesta de Demanda de Servicios de Salud de los CLAS: 1997. Elaboración propia.

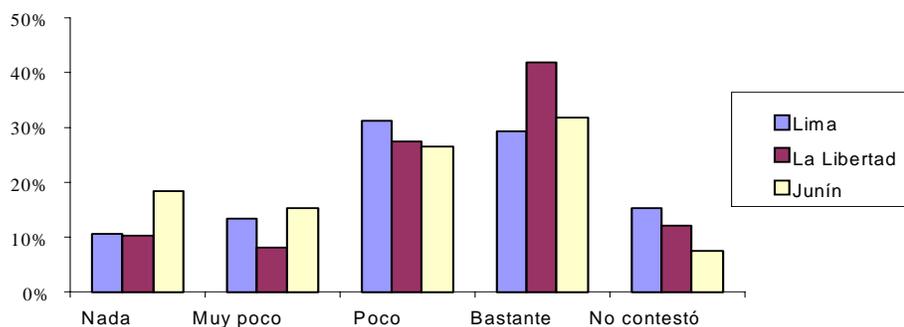
En cuanto a las mejoras que podrían implementarse, el aumento de especialidades es la respuesta que tuvo la mayor incidencia entre los usuarios. En particular, las dos especialidades más mencionadas fueron especialista en niños y especialista en ojos (ver Cuadro No.11).

CUADRO NO. 11 SI ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD TUVIERA MÁS RECURSOS PARA ABRIR OTROS SERVICIOS O ESPECIALIDADES, ¿CUÁLES CREE QUE DEBERÍA BRINDAR (Porcentajes)

Especialidad/región	Lima	La Libertad	Junín	Total
Especialista en niños	35,6%	19,5%	25,7%	31,4%
Especialista en el corazón	4,7%	8,8%	5,4%	5,6%
Especialista en ojos	10,6%	14,0%	7,4%	11,0%
Especialista en oídos	6,5%	7,8%	5,4%	6,7%
Especialista en dientes	1,8%	9,8%	2,0%	3,5%
Servicio de laboratorio	7,8%	5,2%	6,1%	7,1%
Servicio de rayos X	9,4%	4,6%	5,4%	8,0%
Servicio de ecografía	8,4%	7,2%	12,2%	8,5%
Otros	7,1%	8,8%	6,1%	7,3%
No sabe	8,0%	14,3%	24,3%	10,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Encuesta de Demanda de Servicios de Salud de los CLAS: 1997. Elaboración propia.

GRÁFICO 2 ¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES HA CONTRIBUIDO A MEJORAR LOS SERVICIOS DE SALUD DEL ESTABLECIMIENTO?



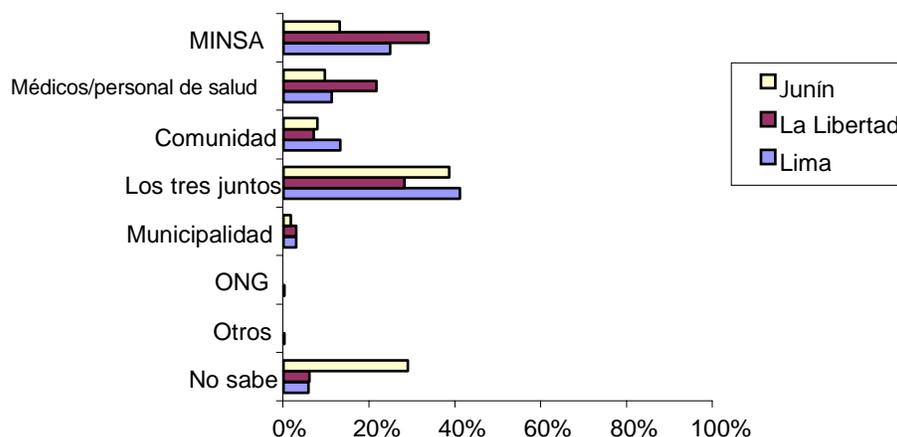
f) La relación con representantes de la comunidad en el CLAS: La población desconoce la participación, la labor y las diferentes actividades que realizan los representantes de la comunidad en los CLAS.

En promedio, el 80.8% de los entrevistados afirmó que no sabía que el establecimiento de salud era administrado conjuntamente por representantes de su comunidad y del Estado. El 95.8% no participó en la elección de los representantes de la comunidad y el 91.3% no conocía los nombres de los representantes. Además, el 84.6% no sabía que los representantes de la comunidad convocan a reuniones periódicas para informar sobre la labor realizada. Con relación a la pregunta si el usuario considera necesaria la presencia de representantes de la comunidad en la administración del establecimiento de salud, se obtuvieron respuestas diferentes según la subregión bajo estudio.

En los CLAS de Lima y La Libertad, la mayoría dijo que sí (42.3% y 52.6%, respectivamente). En los CLAS de Junín, el 50% se mostró indeciso, y el 46.5% respondió afirmativamente. Así como un grupo de la muestra opina que es necesaria la presencia de representantes de la comunidad en el CLAS, también se apoya el incentivo económico por su participación: 52.7% en Lima, 48.5% en la Libertad y 36% en Junín. Los entrevistados creen que la comunidad debería participar en la administración de los servicios de salud, pero la mayoría se inclina por una administración tripartita: MINSA, comunidad y personal de salud.

Las municipalidades y las organizaciones sin fines de lucro son las organizaciones menos deseadas por los usuarios entrevistados (ver Gráfico No.3).

GRÁFICO 3 ¿QUIÉN CREE QUE DEBERÍA ADMINISTRAR SERVICIOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?



g) Nivel de satisfacción del usuario: Sobre la base de las respuestas de los usuarios se construyó un índice global de satisfacción del usuario: anterior y actual. El primero se construyó sobre la base de los cambios percibidos desde la primera vez que el paciente acudió al establecimiento; el índice de satisfacción global actual se elaboró con las valoraciones presentes del paciente. Los índices fluctúan entre cero y uno¹³.

Un índice cercano a cero es indicador de una baja satisfacción mientras que uno cercano a uno supone una alta satisfacción (ver Cuadro No. 12).

Los índices globales de satisfacción actual y anterior, constan de tres subíndices: índice de satisfacción por servicios del personal, I-I-4. I-2 está conformado por la satisfacción del usuario respecto al trato del personal de salud en el triaje o admisión; la preparación del personal de salud que atendió en el triaje; el trato recibido del médico, obstetrix, odontólogo o enfermera; la preparación o la capacidad del médico, obstetrix, odontólogo o enfermera; y la claridad de la explicación o información recibida. I-3 toma en cuenta la satisfacción del usuario respecto a la comodidad del sitio de espera y del consultorio de la atención; la disponibilidad de medicinas; el local y equipamiento del centro de salud. I-4 incluye la satisfacción del usuario respecto al costo del servicio, y las medicinas.

El índice global (I₁) es un promedio aritmético de todos los atributos del servicio

¹³ En la parte VIII (preguntas 92-108) del cuestionario de la Encuesta de Demanda de servicios de salud CLAS 1997, se señalan 18 atributos de la calidad de los servicios de salud recibidos, y se solicita al usuario que reporte su nivel actual y anterior de satisfacción con relación a cada uno de ellos. El reporte de calidad tiene con las siguientes alternativas: malo, regular, bueno, excelente. Se asigna el valor de 1 si se reporta un nivel de bueno o excelente y 0 de otro modo. Luego, se calcula el índice como el promedio aritmético de los atributos involucrados. Los atributos utilizados son: ubicación, facilidad de llegar al lugar, trato del personal de salud, la preparación del personal de salud que la atendió en el triaje, tiempo de espera, comodidad del sitio de espera, trato recibido del médico, capacidad profesional del médico, claridad de la explicación, examen realizado, tratamiento, disponibilidad de medicinas, local y equipamiento, costo del servicio, costo de las medicinas, visita domiciliaria, satisfacción general, labor de los representantes de la comunidad.

CUADRO NO. 12 ÍNDICES DE SATISFACCIÓN POR ACTITUD REGIONAL (Porcentajes)

Tipo de subregión/índice		Índice global I ₁	Índice de satisfacción I ₂	Índice Físico I ₃	Índice de costos I ₄
	Índice actual	0,63	0,67	0,58	0,63
Involucrada	Índice anterior	0,46	0,50	0,40	0,48
	Variación %	36,6%	35,4%	45,3%	32,6%
	Índice actual	0,59	0,62	0,56	0,6
Ausente	Índice anterior	0,45	0,48	0,40	0,47
	Variación %	31,7%	31,4%	39,4%	28,5%
	Índice actual	0,60	0,62	0,55	0,63
De obstáculo	Índice anterior	0,48	0,49	0,44	0,52
	Variación %	24,4%	25,3%	25,9%	19,6%

Fuente: Encuesta de Demanda de Servicios de Salud de los CLAS: 1997. Elaboración propia.

El Cuadro No. 12 señala que los usuarios de los CLAS perciben un cambio positivo en la atención: los respectivos índices de satisfacción actual resultan ser mayores que el índice de satisfacción inicial, lo que se traduce en una mayor variación porcentual.

Por otro lado, se observa que todos los índices de satisfacción del usuario en los CLAS que pertenecen a una subregión involucrada (CLAS de La Libertad) son mayores que aquellos de los usuarios de los CLAS que pertenecen a una subregión donde la actitud de la autoridad local es definida como ausente (CLAS de Lima) u de obstáculo (CLAS de Junín). Por ejemplo, el incremento porcentual en el índice de satisfacción global es del 36% para la subregión involucrada, del 31% para la subregión ausente, y del 24% para la subregión donde la autoridad local obstaculiza la actividad del CLAS.

Tendencia similar se observa en el índice de características físicas: 42%, 33% y 26%, respectivamente. Con relación a los índices de satisfacción y costos, es notorio que la variación más alta se observa en los establecimientos cuyas decisiones se encuentran bajo la influencia de autoridades locales del Ministerio de salud.

Las diferencias porcentuales pueden relacionarse con la influencia que tiene la autoridad local de la subregión de salud sobre el funcionamiento de los establecimientos CLAS, la cual se manifiesta en la autonomía administrativa y de gestión de los establecimientos de salud en la región, la fluidez de transacciones administrativas, y el apoyo operativo de los establecimientos de salud en la región. Sobre esta base, se efectuó una clasificación de los tipos de autoridad local del MINSA: involucrada (La Libertad), ausente (Lima), y de obstáculo (Junín).

Las diferencias porcentuales en la mejora de los índices de satisfacción entre los usuarios de los CLAS en La Libertad, Lima, y Junín pueden explicarse, parcialmente, por la influencia que tiene la subregión de salud sobre los CLAS. Así como por el tipo de

gestión del CLAS. El porcentaje de variación del índice de satisfacción en el Cuadro No. 16 revela que el nivel de satisfacción del usuario está relacionado con el tipo de actitud de la autoridad local y la modalidad de gestión del CLAS.

La mejora en el nivel de satisfacción del usuario es más significativa para los usuarios que acuden a los CLAS de una subregión con autoridad local involucrada en el desarrollo del CLAS local; mediana para los que se atienden en CLAS que se encuentran en una subregión donde la actitud de la autoridad local es ausente; y menor para los usuarios que acuden a los CLAS que están bajo la influencia de autoridades locales cuyas decisiones son un obstáculo permanente para el buen desempeño de los CLAS. Si a este factor se añade el hecho que los establecimientos están bajo una gestión de control comunitario, los resultados en el nivel de satisfacción alcanzado son aún mejores.

Los porcentajes de variación de los diferentes índices de satisfacción son más altos en una subregión involucrada con control comunitario (47%) y más bajos para la subregión involucrada con tipología gerencial - vertical (34%). Las diferencias en las mejoras de los niveles de satisfacción por parte del usuario muestran que una alta participación de los representantes de la comunidad en el CLAS es preferible a una organización en la cual el gerente es la pieza clave del establecimiento. Este hallazgo es compatible con el hecho que los objetivos básicos de los representantes de la comunidad en el CLAS se concentran en los aspectos materiales de los establecimientos (creación de nuevos ambientes para la atención de salud, compra de equipamiento técnico, preocupación por la higiene del local, mejora del mobiliario, etc.), aspectos que tienen un efecto directo en la calidad de atención que se brinda a la población.

CUADRO NO. 13 VARIACIÓN EN LOS ÍNDICES DE SATISFACCIÓN POR ACTITUD DE LA AUTORIDAD LOCAL DEL MINSA Y SEGÚN TIPOS DE GESTIÓN DE LOS CLAS

Índice de satisfacción	Actitud de la autoridad local	Tipo de CLAS			
		Control comunitario	Médico técnico	Gerencial vertical	Control difuso
	Involucrada	47,2%		34,8%	
I ₁	Ausente	27,7%	11,6%		56,7%
	De obstáculo	12,8%	22,8%		
	Involucrada	47,0%		33,4%	
I ₂	Ausente	27,9%	10,1%		54,6%
	De obstáculo	20,0%	21,9%		
	Involucrada	59,8%		43,1%	
I ₃	Ausente	33,5%	33,8%		71,0%
	De obstáculo	12,0%	26,2%		
	Involucrada	40,4%		31,2%	
I ₄	Ausente	25,2%	8,0%		49,7%
	De obstáculo	1,6%	18,2%		

Fuente: Encuesta de Demanda de Servicios de Salud de los CLAS: 1997. Elaboración propia.

En la región cuyas autoridades locales demuestran una actitud ausente se encontraron tres modalidades de gestión en los CLAS: control comunitario, médico - técnico y de control difuso. Por lo general, la variabilidad porcentual en los índices de satisfacción es mayor para los CLAS de control comunitario que para los de control médico- técnico. Los CLAS de control difuso presentan una mayor dificultad para la buena relación entre los agentes involucrados en el manejo del establecimiento. Los conflictos y los enfrentamientos son continuos y permanentes, aunque velados. Es decir, el conflicto no anula la capacidad de los profesionales de brindar los servicios de salud. Esta situación determina una inestabilidad en las relaciones humanas dentro del establecimiento, y repercute en la calidad de los servicios ofertados.

A pesar de los posibles conflictos y divergencias que generan entre los diferentes agentes del CLAS de tipo difuso, los datos indican que los porcentajes de variación en los niveles de satisfacción de los usuarios en estos CLAS son significativamente mayores en comparación con los otros CLAS. Por ejemplo, la variación en el índice de satisfacción global es 56% y la del índice de satisfacción por costos es 71%. En esta medida, cuanto más incipientes hayan sido los recursos anteriores, tanto humanos como económicos del establecimiento, mayores serán las mejoras marginales que los usuarios perciben por la sola puesta en marcha del modelo CLAS.

En el caso del establecimiento de salud del tipo de control difuso se encontró que,

anteriormente a la formación del CLAS, los servicios de salud que en ese lugar existían eran de características rudimentarias y prácticamente nulas.

La atención que se brindaba era del tipo “emergencia”; los pacientes pasaban por el establecimiento de salud y de allí se los derivaba al hospital. No existía el personal suficiente ni las condiciones materiales básicas para brindar un adecuado servicio de salud. Con la implementación del CLAS llegaron también las donaciones de equipos y materiales, así como el crecimiento del local en infraestructura y en capacidad instalada. Esto hace factible que se pueda mantener un flujo constante de pacientes y que los mismos puedan ser atendidos en el establecimiento sin que tengan que ser derivados a otra entidad prestadora de servicios de salud.

Un cambio de esta naturaleza representa para los usuarios un gran salto cualitativo en los servicios de salud que reciben. Adicionalmente, el rápido avance y los cambios propios de una organización en vías de formación hacen que los usuarios perciban como mucho más significativos los cambios y las mejoras implementados por el CLAS.

En una región con una actitud de obstrucción por parte de la autoridad local sobre la actividad del CLAS, se encontró que los CLAS bajo el predominio de la modalidad de gestión del médico - técnico tienden a presentar cambios porcentuales en el nivel de satisfacción del usuario de mayor magnitud que aquellos de los CLAS de control comunitario.

Los responsables del PAC de la subregión de salud cuya actitud es de obstáculo sobre el desempeño del CLAS se oponen a un desarrollo completo y autónomo del modelo CLAS.

Para ellos, la situación ideal es la gestión central. Esta actitud de la autoridad local es compatible con la adopción de una gestión del CLAS del tipo control médico - técnico, donde el gerente no toma en cuenta a los miembros del CLAS en las decisiones del establecimiento y se elimina la participación civil real.

Un establecimiento del tipo comunitario tiende a demandar un mayor soporte técnico e institucional de la subregión que otros tipos de establecimientos bajo administración compartida. En una subregión con una autoridad local que obstaculiza el desempeño del establecimiento CLAS, la posibilidad de un mejor desempeño con la modalidad de gestión del tipo control comunitario es menor. En resumen, si bien con una participación civil en la gestión del establecimiento se revela una mejora de la satisfacción reportada por los usuarios, ello requiere que la autoridad local decida promover el PAC en su zona de influencia.

3.6. El desempeño de los establecimientos CLAS en el sistema de salud: equidad en el acceso y en el financiamiento.¹⁴

Los establecimientos CLAS ofrecieron el 2.1% de las consultas en el ámbito nacional y el 7.4% de las consultas de todos los puestos y centros de salud. (véase Cuadro No.14)

CUADRO NO. 14 CONSULTAS DE SALUD POR ESTABLECIMIENTO SEGÚN QUINTIL DE GASTO PER-CÁPITA (En personas - período de 4 semanas -)

Proveedor/Quintil	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Hospital MINSA	111,821	130,883	188,161	189,387	181,654	801,906
Establecimiento IPSS	38,900	103,932	141,795	231,859	340,599	857,086
Hospital FF.AA-P.N.	1,737	7,933	23,330	22,188	43,924	99,111
Clínica	1,737	4,451	12,279	22,859	65,324	106,650
Centro o puesto de salud MINSA	210,597	275,553	262,032	293,360	183,486	1,225,029
Centro o puesto de salud CLAS	33,953	33,405	15,736	10,597	6,370	100,062
Centro de salud parroquial	23,994	8,140	15,968	5,657	7,811	61,570
Consultorio particular	43,868	49,166	83,815	122,941	237,142	536,933
Puesto sanitario/comunal	23,350	7,533	16,825	7,560	3,545	58,814
Farmacia - botica	84,981	128,909	174,750	177,888	158,570	725,098
Vivienda particular	31,927	33,568	31,824	31,364	51,220	179,903
Otro	12,984	11,253	19,748	9,679	25,086	78,751
TOTAL	619,850	794,727	986,263	1,125,340	1,304,732	4,830,911

Fuente: ENNIV 97, Instituto Cuánto S.A. Elaboración propia.

El 67.3% de los usuarios de los establecimientos bajo la gestión de CLAS pertenecen a los dos quintiles inferiores de ingreso, mientras que en los establecimientos bajo gestión central del MINSA la proporción es de 39.7%. En parte, este resultado se puede explicar por el hecho de que los establecimientos CLAS se ubican en las zonas más pobres pero muestra que la "filtración" de los servicios de salud del MINSA es menor en los CLAS que en las formas centralizadas de gestión. Los resultados de la Encuesta de Niveles de Vida de 1997 (ENNIV 1997) indican que un 77.4% de las atenciones de salud efectuadas

¹⁴ Se utilizó los resultados de la Encuesta de Niveles de Vida (ENNIV 1997) recopilada por el Instituto Cuánto S.A. La base de datos tiene información socioeconómica y de salud de 3,800 hogares y 20,000 personas en el ámbito nacional.

en los CLAS fueron realizadas por médicos; 2.9%, por dentistas; 4.2%, por la obstetriz; 9.5%, por la enfermera; y 5.7%, por un sanitario o promotor de salud.

¿Cuáles son las características de los pacientes de los CLAS?. La ENNIV 1997 también nos señalan que un 14.5% habita en la costa; un 39.4%, en la sierra: un 39.6%, en la selva; y un 6.5%, en Lima. De estos pacientes, un 31.5% se encuentra en zonas urbanas y un 68.5%, en zonas rurales. Un 66.7% habla castellano y un 17.4%, quechua. Asimismo, un gran porcentaje de los pacientes tiende a estar constituido por infantes y niños. Un 38.7% de los pacientes tiene una edad que oscila entre 0 y 5 años; un 20.3%, entre 6 y 13 años; y un 10.5% cuenta con más de 45 años. Mientras tanto, en los centros y puestos de salud del MINSA, un 35.9% de los pacientes tiene una edad que oscila entre 0 y 5 años; un 15.2%, entre 6 y 13 años; y un 16.1% excede los 45 años de edad.

Los pacientes de los establecimientos CLAS son personas que viven en condiciones precarias. Sólo un 19.6% habita en viviendas con paredes de ladrillo o bloque de cemento, el 79.5% tiene piso de tierra en sus viviendas, un 24.4% recibe abastecimiento de agua dentro de la vivienda, y 12.7% tiene conexión de desagüe con la red pública dentro de la vivienda, un 50.7% cuenta con un tipo de alumbrado de electricidad; y un 39.4%, de kerosene, petróleo o gas. El 44.8% de los jefes de hogar tiene educación primaria y 37.6%, educación secundaria. El 11.8% de los usuarios pertenece a hogares con 10 o más miembros.¹⁵

Otra interrogante que se intenta responder en el presente estudio es ¿cuál ha sido el desempeño de los establecimientos CLAS en términos de la calidad de los servicios ofrecidos? El 85.9% de los usuarios CLAS reportaron que la atención de salud recibida fue satisfactoria; mientras que, en los centros y puestos de salud MINSA de gestión centralizada, el 76.9% de los usuarios declaró estar satisfecho con la atención. En el ámbito nacional, el 77.5% de los usuarios del sistema de salud reportó su satisfacción por la atención recibida, y un 17.8% señaló que la atención fue poco satisfactoria (véase el Cuadro No. 15).

Otro hallazgo interesante es que los usuarios de los quintiles inferiores reportan el mayor grado de satisfacción relativa por la atención de salud recibida en los establecimientos CLAS en comparación a los centros y puestos de salud del MINSA. En los CLAS, el 82.2% y el 80.4% de los usuarios de los quintiles I y II reportaron estar satisfechos por el servicio; mientras que, en el caso de los centros y puestos de salud MINSA, sólo el 73.2% y el 69.5% respectivamente.

Un indicador de calidad importante es el tiempo de espera en el establecimiento para la atención de salud. En el sistema total de salud, el 59.4% de los usuarios esperan menos de 30 minutos por la atención de salud. El tiempo de espera reportado en los CLAS es relativamente bueno. El 77% de los usuarios de los establecimientos CLAS registraron un tiempo de espera menor a los 30 minutos.

¹⁵ Resultados procesados de la Encuesta de Niveles de Vida (ENNIV 1997).

CUADRO NO. 15 ATENCIÓN DE SALUD REPORTADA COMO SATISFATORIA POR LOS USUARIOS SEGÚN PROVEEDOR Y QUINTIL DE GASTO PERCAPITA FAMILIAR (Porcentajes)

Nivel de Satisfacción	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	TOTAL
Hospital MINSA	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Satisfactorio	61.4	75.1	63.7	75.8	70.0	69.5
Poco satisfactorio	29.2	15.5	29.9	20.9	22.1	23.6
No satisfactorio	9.4	9.4	6.3	3.3	7.9	6.9
Establecimientos IPSS	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Satisfactorio	58.1	63.2	57.7	60.6	60.1	60.1
Poco satisfactorio	31.8	27.0	33.5	28.7	30.0	29.9
No satisfactorio	10.1	9.8	8.8	10.7	9.9	9.9
Centro - puesto de salud MINSA	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Satisfactorio	73.2	69.5	76.3	81.8	85.6	76.9
Poco satisfactorio	20.8	26.6	19.7	15.4	8.2	18.7
No satisfactorio	6.0	3.8	4.0	2.8	6.2	4.4
Centro - puesto de salud CLAS	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Satisfactorio	82.2	80.4	100.0	85.4	100.0	85.9
Poco satisfactorio	10.7	14.4	0.0	14.6	0.0	10.0
No satisfactorio	7.2	5.2	0.0	0.0	0.0	4.1
Sistema de Salud - Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Satisfactorio	74.3	75.3	76.5	78.9	79.8	77.5
Poco satisfactorio	19.9	19.8	19.6	17.2	14.8	17.8
No satisfactorio	5.7	4.9	3.8	3.8	5.4	4.7

Fuente. ENNIV 97, Cuánto S.A. Elaboración propia.

Con relación a los centros y puestos de salud MINSA de gestión centralizada, los CLAS presentan menores tiempos de espera por la atención. El 28.7% de los usuarios de los centros o puestos de salud del MINSA presentaron tiempos de espera mayores a 30 minutos, mientras que ello ocurrió en sólo el 6.2% de los casos en los establecimientos CLAS.

Por otro lado, los usuarios más pobres de los CLAS (quintiles I y II, de gasto per cápita del hogar)¹⁶ reportaron menores tiempos de espera que los usuarios más pobres en los centros o puesto de salud del MINSA.

Otra interrogante que se espera responder es si la exoneración de cobros es regresivo en los CLAS. Existe una mayor tasa de exoneración de cobros en los CLAS (25.1%) que en las formas de gestión centralizada del MINSA (17.4%). La exoneración de los CLAS está mejor focalizada que la de los establecimientos bajo gestión centralizada, puesto que una mayor proporción de usuarios que pertenecen a los Quintiles I y II (los más pobres) no pagan por los servicios recibidos en los establecimientos CLAS. El 10.1% de los usuarios del Quintil V están exonerados de pagos en los establecimientos CLAS, mientras que ello ocurre en el 12.6% de los usuarios del mismo quintil que reciben consulta en los centros de salud bajo gestión central del MINSA.

En la tarea de identificar a los grupos de bajos ingresos y exoneración de cobros, los CLAS han logrado definir criterios más apropiados que los establecimientos bajo gestión centralizada.

A pesar de las diferencias en la proporción de los niveles de pagos, casi la totalidad de los usuarios de los CLAS (99.1%) y los establecimientos bajo gestión centralizada (96.1%) pagan montos todavía pequeños (no más de 10 nuevos soles, es decir, menos de \$3.1 por consulta).

El 10.8% y el 2.5% de las consultas en los centros o puestos de salud del MINSA y CLAS, respectivamente, recibieron análisis, radiografías o similares. Los CLAS no han logrado desarrollar las capacidades de sus laboratorios y rayos X; y ello explica la reducida oferta de dichos servicios.

En el caso de los CLAS, el pago de los servicios de análisis, radiografías u otros está asociado a la capacidad adquisitiva de los usuarios. Lo opuesto ocurre en los establecimientos MINSA, donde los usuarios de los quintiles de gasto superiores pagan por los servicios mencionados. En promedio, el 12% de los usuarios de los quintiles III, IV y V pagaron por dichos servicios, y además la magnitud de los cobros de análisis y radiografías es variada: el 30.4% pagó menos de 10 nuevos soles; el 52%, entre 10 y 50 nuevos soles; y el 18%, más de 50 nuevos soles. La diferenciación de precios en los establecimientos del MINSA se debe a la mayor complejidad y variedad de servicios que ofrecen. Así, una de las mayores preocupaciones de los usuarios de los CLAS es el acceso a los servicios de laboratorio.

¹⁶ Se utiliza el nivel de gasto familiar, el cual es una aproximación del ingreso permanente más apropiada que la del ingreso familiar. Este último está sujeto a la variación temporal a lo largo del año, principalmente en zonas rurales.

CUADRO NO. 16 EXONERACIÓN DEL COBRO DE LA CONSULTA DE SALUD: SEGÚN QUINTIL DE GASTO(*) (Porcentajes del total de usuarios)

Proveedor/Quintil	Quintil I	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V	Total
Hospital MINSA	15.2	23.8	14.4	16.3	15.0	16.6
Centro- Salud MINSA	30.7	19.8	17.1	9.0	12.6	17.4
Centro - Salud CLAS	27.5	32.8	21.8	7.1	10.1	25.1
Sistema de Salud -Total	43.4	45.8	47.0	45.6	51.8	47.3

(*) La exoneración de cobros se refiere a la proporción de los usuarios por proveedor que no realizó pago alguno por la atención de salud recibida. Fuente: ENNIV 97, Instituto Cuánto S.A. Elaboración propia.

En resumen, los resultados de la Encuesta de Niveles de Vida 1997, los establecimientos CLAS llegan mejor a los más pobres, cobran menos, y obtienen mejores indicadores de satisfacción reportados por los usuarios con relación a los establecimientos MINSA bajo gestión centralizada.

4. Conclusiones

Los establecimientos CLAS constituyen un primer paso hacia de conferir poder a la participación civil en la administración y gestión de los centros de atención de salud. El rendimiento de un establecimiento CLAS se ve influenciado por el personal y las dotes de liderazgo de su gestor; el apoyo de las autoridades regionales y/o locales; y por los mecanismos internos que enfilan la conducta y las actitudes de los miembros de la comunidad en dirección a acciones de tipo colectivo.

Sobre la base del estudio de casos se encontró que los comités locales de administración de salud presentan modalidades diferentes de gestión: el médico - jefe autoritario, comunitario, y el difuso. En la primera modalidad, el médico - jefe asume las funciones de liderazgo con una baja participación del comité local; en el segundo caso, el comité local asume el liderazgo, y en el tercer caso, hay conflictos de intereses y una deficiente coordinación para el logro de las metas del plan de salud local. La mayor parte de los CLAS pasa la etapa difusa en la gestión en sus etapas iniciales, y luego consolida la modalidad de médico - jefe o comunidad - autoritaria.

Los usuarios entrevistados reportan un cambio positivo en la atención de los CLAS: hay un incremento en los índices de satisfacción del usuario; en promedio, solo el 5% de los usuarios señalan un empeoramiento respecto a la situación anterior a la formación del CLAS.

Por otro lado, se observa que todos los índices de satisfacción del usuario son mayores en los CLAS que pertenecen a una subregión con autoridad local involucrada (CLAS de La Libertad) que en los CLAS que pertenecen a una subregión con autoridad local ausente (CLAS de Lima) u de obstáculo (CLAS de la región Junín).

La organización y el marco institucional en el cual funcionan los CLAS influyen en la calidad de los servicios prestados por el establecimiento y, por lo tanto, en el nivel de satisfacción del usuario. Esta última tiende a ser más alta en los CLAS donde la subregión tiene una actitud involucrada en el funcionamiento del mismo y/o donde la intervención de la comunidad es alta, que en los CLAS donde la subregión tiene una actitud de obstáculo y/o la intervención de la comunidad es baja. Se concluye que la participación de la autoridad local del MINSA es esencial para el buen desempeño de los CLAS.

En algunas regiones las autoridades locales asumen atribuciones vinculadas con la gestión que corresponden a los miembros del consejo del CLAS, hace falta un soporte logístico del MINSA a los establecimientos CLAS,. Esta ausencia de apoyo logístico no ayuda a resolver las dificultades administrativas y uso de los recursos escasos, principalmente en las áreas de registros de gastos, abastecimiento, comunicación, contable - financiero y aspectos tributarios. El diseño y operación de un sistema de incentivos para el trabajo del personal civil de la comunidad es tarea pendiente.

El término de participación civil con relación a la participación y conocimiento de los miembros de la comunidad de las actividades del CLAS es baja. Los miembros de los CLAS no conocen plenamente los estatutos y el marco normativo bajo el cual el CLAS se desenvuelve. Ello determina que, usualmente, las tomas de decisiones residan en la buena voluntad de unos pocos miembros de la comunidad, y que la participación de la comunidad en la gestión y el control social real sean limitados. Por otro lado, un elevado

porcentaje de los usuarios de los CLAS, en el nivel de los casos estudiados (80%), declaró no conocer que el establecimiento funcionaba bajo la modalidad de administración compartida, lo que constituye un indicador de que el CLAS no está cumpliendo la función de difusión de sus actividades a la población bajo su influencia.

Sin embargo, la participación civil es alta en términos de la participación de los beneficios del programa de salud que entregan los establecimientos bajo la modalidad de gestión compartida, y por la intervención directa de los representantes de la comunidad en el seguimiento y ejecución de las actividades del CLAS.

¿Cuáles son las ventajas del sistema de administración compartida en salud?. En primer lugar, una parte importante de las demandas de la población (o usuarios) han sido incorporadas en el programa de salud con el fin de atenderlas y existen procedimientos difundidos para que los usuarios presenten sus quejas. Por otro lado, se ha logrado una legitimidad de la participación civil en las decisiones del establecimiento a través de la ejecución del censo comunal y la elaboración del plan de salud, con lo cual se quiebra el paradigma del modelo centralizado de la gestión como única alternativa viable.

Se ha logrado generar recursos propios en el establecimiento y, por tanto, mayores incentivos al control social para el uso de los mismos. Ello ha facilitado la obtención de recursos humanos y materiales adicionales.

En este contexto, los establecimientos CLAS vienen respondiendo a las demandas de la población por una oferta de servicios de salud en el establecimiento que sea consistente con sus necesidades del momento. Ello explica los buenos reportes de satisfacción por parte de los usuarios de la comunidad. Esta situación, se complementa con el diseño, por parte de los CLAS, de un sistema de exoneración de pago más eficaz y equitativo que los establecimientos de gestión centralizada.

El entorno político actual es favorable para la expansión del modelo de administración compartida de los servicios de salud en el ámbito de la atención primaria. Políticamente, se reconoce que la participación civil local puede constituirse en una de las condiciones necesarias para la descentralización y democratización real. En el ámbito económico, hay fuertes evidencias que la participación comunitaria ha sido un factor eficaz de control del uso de los recursos, la identificación de las necesidades de salud de la población, y la implementación de criterios de exoneración de cobros en favor de los más pobres.

Bibliografía

- Alvarado, Betty, *Análisis de costos de los servicios de salud*, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 1996.
- Craig, Gary y Marjorie Mayo, *Community Empowerment*, London: Zed Books Ltd., 1995.
- Cohen, JM y Uphoff, NT, *Participation's Place in Rural Development: Seeking Clarification Through Specificity*, Banco Mundial, 1980, 38(4): 623-9
- Cortez, Rafael, *El acceso a los servicios de atención de la salud en el Perú y la equidad en su financiamiento*, en Revista de Análisis Económico, 11(2), Noviembre 1996, pp.155-185.
- Cuánto, S.A., Banco Mundial, *Encuesta Nacional de Niveles de Vida 1997*, Lima: 1998.
- Francke, Pedro, *Distribución del subsidio público por quintiles*, 1997.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Estado de la niñez, adolescencia y la mujer en el Perú*, 1997.
- Martin, Patricia A., *Community Participation in Primary Health Care*, . Washington D.C.: American Public Health Association,, 1983, 71 pp.
- Ministerio de la Presidencia, *Elementos de la Estrategia focalizada de lucha contra la pobreza extrema 1996-2000*, 1996
- Ministerio de Salud (MINSa) y Organización Panamericana de Salud, *Situación de salud en el Perú: Indicadores Básicos*, 1998.
- Ministerio de Salud (MINSa) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), *Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS): organización y modelo de gestión, el programa de salud local*, 1996.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *La participación social*, en *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*, setiembre 1990.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Participación local en los sistemas sociales de salud*, presentado en el taller "Sistemas locales de salud", Santa Cruz (Bolivia): agosto 1998, pp. 15-19.
- Paganini, José María, *Sistemas locales de salud. Un nuevo modelo de atención*", en *Los sistemas de salud*, Washington: OPS, 1990, pp. 50-56.
- Pedersen, Duncan, *Participación social en los sistemas locales de salud*, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, mimeo, 1988, 38 pp.
- Rifkin, Susan B. *Community participation in maternal and child health/family planning*

programmes, Organización Mundial de la Salud. Ginebra, 1990. 42 pp.

Rifkin, Susan B., *Primary Health Care in Southeast Asia: Attitudes about Community Participation in Community Health Programmes*, en *Social Science & Medicine* No.19, vol.17, 1983, pp. 1489-1496.

Taylor Carl, *Una evaluación de los Comités Locales de Salud bajo Administración Compartida, un nuevo componente de la reforma del sector salud en Perú. Reporte para el Señor Ministro de Salud del Perú*, Lima, 1996.

Universidad del Pacífico, Centro de Investigación, *Encuesta de Demanda de Servicios de Salud CLAS 1997*.

Universidad del Pacífico, Centro de Investigación, *Guía de entrevistas a representantes del CLAS, gerentes, y personal de salud*, 1997.

World Health Organization y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, *Primary Health Care*, Organización Mundial de la Salud, Geneva, 1978

Anexo I Encuesta de demanda de servicios de salud CLAS 1997

El cuestionario de la encuesta tiene 122 preguntas y un módulo de datos generales de los miembros del hogar del usuario de los servicios de salud. Un total de 1053 entrevistas se realizaron en los doce(12) establecimientos CLAS seleccionados para el estudio de casos.

La parte I: Datos de la visita - consulta (preguntas 1-17). Incluye aspectos del motivo de la visita, quien atendió al usuario, tipo de malestar, el por qué se atendió en el centro de salud, etc.

La parte II: Indicaciones - tratamiento - información: (preguntas 18 - 29). Incluye las indicaciones recibidas, si se explicó y entendió la explicación, el tipo de información que recibe del personal, si la curación fue satisfactoria, planificación familiar etc.

La parte III: Participación del usuario: (preguntas 30 - 32). Incluye los aspectos de dudas y preguntas del usuario a la persona que lo atendió, e información cualitativa sobre el tema.

La parte IV: Trato del usuario: (preguntas 33 - 48). Se captura información sobre el trato de la persona que atendió al usuario en el consultorio, en el triaje, y en la caja.

La parte V: Factores de demanda del usuario: (preguntas 49-76). Incluye información sobre el tiempo de transporte, de espera, costo de los servicios y medicinas, disponibilidad a pagar por los servicios, seguros de salud, visita a domicilio etc.

La parte VI: (preguntas 77-79). Sugerencias para mejorar el servicio.

La parte VII: (preguntas 80-91). Relación y evaluación de la actividad de los representantes de la comunidad en el CLAS.

La parte VIII. (preguntas 92-108). Determinación de los niveles de satisfacción del usuario de diversos aspectos del mismo.

La parte IX: Perfil socioeconómico del usuario. Captura información sobre el tipo de vivienda, abastecimiento de luz y agua, gasto mensual en salud, gasto total mensual del hogar.

Anexo II Encuesta para los integrantes del CLAS

Nombre del establecimiento de salud, Nombre del entrevistado, Domicilio, Sexo, Lugar de Nacimiento, Edad, Nivel educativo, Profesión - ocupación, Estado civil, Número de hijos, Edad de los hijos, ¿Indique 5 aspectos en que debe mejorar el CLAS?, Comunidad - localidad, Cargo actual en el CLAS, Fecha en que asumió el cargo, Horas semanales que dedica al CLAS, Horas semanales que dedica a su profesión, ¿Ha tenido experiencia en el campo de la salud, previa al CLAS?, Fecha de experiencia previa, Institución donde la realizó, Cargo que ocupaba en dicha experiencia, ¿Ha recibido capacitación en gestión o administración?, Fecha de la capacitación - curso, Institución o persona que la brindó, ¿Pertenece a una organización de base? ¿cuál?, Indique cinco aspectos en que debe mejorar el establecimiento de salud.

Marque Ud. las siguientes opciones con la finalidad de evaluar el trabajo del Establecimiento de Salud del cual es miembro del CLAS, según la siguiente escala:

3	2	1	0
EXCELENTE	BUENO	REGULAR	MALO

y numere las afirmaciones según su importancia (primera columna a la izquierda).

Ahora, evalúe Ud. cada uno de los siguientes aspectos del servicio de salud que rinda este Establecimiento a sus usuarios

No. de orden ¹⁷		3	2	1	0
	Ubicación/facilidad para llegar al lugar	3	2	1	0
	Trato del Personal de Salud en el triaje o admisión	3	2	1	0
	Preparación del Personal de Salud que atiende en el triaje	3	2	1	0
	Comodidad del sitio de espera y consultorio donde se atienden los Pacientes	3	2	1	0
	Trato del Personal de Salud en general (incluyendo médicos)	3	2	1	0
	Preparación o capacidad del Personal de Salud en general (incluyendo médicos)	3	2	1	0
	Disponibilidad de medicinas	3	2	1	0
	Local y equipamiento del Establecimiento de Salud	3	2	1	0
	El costo del servicio de salud	3	2	1	0
	El costo de las medicinas	3	2	1	0
	Calidad de las visitas domiciliarias	3	2	1	0
	La labor realizada por los representantes de la comunidad (auto - evaluación)	3	2	1	0

¹⁷ Numerar los CINCO aspectos del servicio de salud del Establecimiento que le parecen más IMPORTANTES. Asígnele "1" al más importantes de todos; "2" al segundo en importancia, y así sucesivamente hasta el número "5".

Anexo III Guía de preguntas para entrevista grupal (focus group)

1. INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN

2. PRESENTACIÓN DEL CLAS Y FUNCIONAMIENTO (Relación de integrantes)

- ¿Qué entienden Uds. por CLAS? ¿El CLAS cumple los objetivos para los que fue creado?
- ¿Qué labores específicas desempeñan en el CLAS? (Cada uno de ellos)
- ¿Existe un reglamento de funcionamiento? ¿Se han modificado los estatutos?
- ¿Cuál es la frecuencia de sus reuniones? (¿Quiénes asisten?)
- ¿Han terminado el proceso de formalización de la asociación?
- ¿Se han realizado cambios en la conformación de los integrantes del CLAS? ¿De qué manera se realizó? ¿Por qué? (Existencia de conflictos)
- ¿Reciben algún tipo de remuneración por las labores que realizan?
- ¿Cómo se establecen los contratos del nuevo personal? (Grado de intervención del CLAS)
- ¿Cómo se determinan y quiénes establecen las tarifas? ¿Existen las exoneraciones? (Frecuencia) ¿Existen tarifas diferenciadas?
- ¿Cómo se determina el presupuesto anual?
- ¿Existen problemas con los balances o cuentas del Establecimiento?
- ¿Han realizado Censos de la población que les corresponde? ¿De qué manera lo han realizado? ¿Cómo se elabora el Programa de Salud Local? (Grado de intervención del CLAS)
- ¿Cómo les gustaría que el Establecimiento de Salud se desarrolle? ¿Cómo se lo imaginan de acá a 5 años?
- ¿Cuál ha sido el problema más importante que han tenido como CLAS? ¿De qué manera lo solucionaron?

3. RELACIÓN CON EL MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)

- Proceso de conformación del CLAS. Historia. Cronología.
- ¿Quiénes determinaron que este Establecimiento de Salud se convirtiera en CLAS?
- ¿Cómo evalúan la relación que existe entre el CLAS y la UTESS a la que pertenecen?

- ¿Cómo evalúan la relación que existe entre el CLAS y la Sub - región a la que pertenecen?
- ¿Cuáles han sido los problemas más importantes que han tenido con ellos? ¿Cómo los solucionaron?
- ¿Qué tipo de apoyo reciben de ellos?

4. RELACIÓN CON LA COMUNIDAD

- ¿Cuál creen Uds. que es el problema en salud más importante de su comunidad?
- ¿Qué han hecho para enfrentar dicho problema?
- ¿Cuál creen Uds. que es el problema en general, más importante de su comunidad?
- Desde el punto de vista del CLAS, ¿de qué manera colaboran con la comunidad?
- ¿Cuentan con comisiones de apoyo? ¿Qué es lo que hacen? ¿Desde cuándo existen?
- ¿De qué manera Uds. recogen las necesidades de la población? (Medios)
- ¿Cuántas veces se reúnen con la comunidad para informar de su trabajo? ¿Quiénes y cuántos asisten?
- ¿Cómo es su relación con la directiva de la comunidad, junta vecinal u otras instituciones del lugar?
- ¿Han realizado actividades conjuntas con la comunidad? ¿De qué tipo? ¿De quién partió la iniciativa?

Anexo IV Guía de entrevistas para gerentes de CLAS

INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

ESQUEMA DE PREGUNTAS

- Nombre, Especialidad, Tiempo que trabaja en el Establecimiento de Salud, Tiempo que trabaja en el Sector Salud, ¿De qué manera se convirtió en Gerente del CLAS? (Historia), ¿Ud. considera que la implementación del CLAS (administración compartida) ha contribuido a mejorar los servicios de salud que se le brinda actualmente a la población?, ¿De qué manera se ha conseguido?, ¿De qué manera evalúan (miden) ustedes los avances y las mejoras que existen ahora en el Establecimiento de Salud? (Criterios/indicadores que se utilizan).
- ¿Cuáles son las cosas que cambian cuando el Establecimiento de Salud se transforma en CLAS?: horario, especialidades brindadas, tarifas (¿cuáles?), gestión y administración (de Médico - Jefe a Gerente), demanda de los servicios, satisfacción del usuario, ingresos por atenciones y farmacia, atención gratuita o a bajo precio.
- ¿Cuáles son las principales dificultades que enfrenta como Gerente del Establecimiento de Salud en los diferentes ámbitos de su trabajo?
- ¿Cuál es la necesidad prioritaria del Establecimiento de Salud?
- ¿Cómo le gustaría que el Establecimiento de Salud se desarrolle? ¿Cómo se lo imagina de acá a 5 años?
- ¿Cómo evalúa la labor de los representantes de la comunidad en el CLAS?
- ¿Las relaciones personales entre ellos son amigables o conflictivas?
- ¿Y respecto al Personal de Salud?
- ¿Ud. considera que reflejan las necesidades de la comunidad? ¿Por qué?
- ¿Cómo se llevan con ellos?

Anexo V Guía de entrevista para el personal de salud

INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

ESQUEMA DE PREGUNTAS

Nombre, Especialidad, edad, tiempo que trabaja en el Establecimiento de Salud, tiempo que trabaja en el Sector Salud, condición laboral (Nombrado/contratado/etc.), cantidad de horas que trabaja al día, ¿Ud. considera que la implementación del CLAS (administración compartida) ha contribuido a mejorar los servicios de salud que se le brinda actualmente a la población?,

- ¿Cuáles son las cosas que cambian cuando el Establecimiento de Salud se transforma en CLAS?:

- a) Horario, especialidades brindadas
- b) Precios de las tarifas (¿cuáles?)
- c) Gestión y administración (de Médico - Jefe a Gerente)
- d) Demanda de los servicios
- e) Satisfacción del usuario
- f) Ingresos por atenciones y farmacia
- g) Atención gratuita o a bajo precio

- ¿Cómo evalúa la labor de los representantes de la comunidad en el CLAS?
- ¿Las relaciones personales entre ellos son amigables o conflictivas?
- ¿Cómo es la relación entre el Gerente y los demás integrantes del CLAS? ¿Y con el personal de salud?
- ¿De qué naturaleza es la relación del CLAS con la comunidad?