

5. ANÁLISIS DEL MODELO DE COGESTIÓN VIGENTE: Percepciones y Expectativas de los Actores Locales y Subregionales sobre la Cogestión de Servicios (Evaluación de Campo)

Humberto Castillo Martell

Consultor en Investigación Social y en Administración de Servicios de Salud

5.1 INTRODUCCIÓN

En este informe se presenta los análisis y reflexiones que hemos venido haciendo sobre las experiencias de gestión de servicios de salud en el Perú, en particular sobre el modelo de Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), implementados en el país desde 1994. El análisis se orienta a proponer ajustes al modelo para hacerlo más adecuado a estos tiempos.

Si bien la responsabilidad de este informe es personal, se nutre de reflexiones hechas en equipo, de la revisión de documentos previos y fundamentalmente a partir de los diálogos sostenidos con actores protagonistas de los CLAS, especialmente en las ciudades de Piura, Arequipa y Tacna.

En este informe abordamos fundamentalmente las dimensiones políticas y las relaciones de poder que se están dando en torno al CLAS

5.2 OBJETIVO DEL TRABAJO DE CAMPO

Sistematizar y analizar las reflexiones, expectativas y propuestas de actores involucrados e interesados en experiencias de gestión de servicios de salud, a fin ampliar las alternativas de modelos de gestión efectivos y viables en la diversidad cultural y social de nuestro país.

5.3 METODOLOGÍA

La investigación se inicia con un proceso de conceptualización colectiva de la cogestión de servicios de salud (objeto de estudio) desde diferentes perspectivas (sanitaria, económico-gerencial y político-social), por el equipo de investigación. El punto de partida para esta reflexión es el documento Marco Teórico de Participación Comunitaria, formulado por uno de los miembros del equipo consultor.

Las reflexiones fueron retroalimentados por un grupo de profesionales de las ciencias salud, la ciencias sociales y administrativas, que en los últimos años se han dedicado al estudio y reflexión sobre las experiencias de cogestión de servicios de salud, CLAS y otras experiencias (Primera reunión de grupo consultivo)

En base a lo discutido se definieron categorías y variables, que sirvieron de base para el diseño de los instrumentos.

Se seleccionaran experiencias diversas de cogestión de servicios de salud, tomando como criterios el nivel de desarrollo de la comunidad, el tipo de CLAS organizado, el nivel éxito en participación y el nivel de éxito en producción.

DISA	EXPERIENCIA
Piura	<ul style="list-style-type: none">▪ CLAS Centro de Salud Materno Infantil Castilla . ("mini hospital")▪ CLAS San Miguel (interclas)▪ Gerencia de Red Morropón Chulucanas (Red con CLAS Microred).▪ CLAS Catacaos
Arequipa	<ul style="list-style-type: none">▪ CLAS Islay (Red con CLAS Red)
Tacna	<ul style="list-style-type: none">▪ CLAS Tarata (Red con CLAS Consorcio)▪ CLAS Las Yaras▪ CLAS Metropolitano▪ CLAS Ciudad Nueva

En cada uno de los casos seleccionados se entrevistarán de modo individual y/o colectivo a los actores involucrados e interesados que han vivido y reflexionado experiencias de cogestión. En cada sede se entrevistaron actores pertenecientes a diferentes segmentos:

SEGMENTO	ACTORES
Autoridad sanitaria regional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Director regional de salud ▪ Coordinador del PAAG
Autoridades del CLAS o la experiencia específica de cogestión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gerente del CLASS o similar ▪ Representante de la comunidad en CLASS o similar (el mas involucrado)
Autoridades políticas de la localidad donde se la experiencia	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alcalde o regidor mas interesado en el tema ▪ Presidente de la comunidad o equivalente (en áreas rurales)
Organizaciones de base vinculadas / interesadas en el CLAS o similar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirigente de organización de base mas involucrado en la experiencia CLASS o similar
Organizaciones no gubernamentales vinculadas / interesadas en el CLAS o similar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dirigente o activista de la organización mas involucrado en la experiencia CLASS o similar
Intelectuales, investigadores vinculadas / interesadas en el CLAS o similar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Docentes, investigadores o intelectuales mas interesados en temas de participación social en salud o en gestión de servicios de salud
Mesa de concertación de la localidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Miembros mas involucrados

Para el trabajo de campo conformó equipos mixtos, con la participación del equipo de consultores y de directivos del Programa de Administración Compartida, a fin de realizar un estudio breve sin perder niveles de calidad analítica, y a la vez integrar criterios técnicos y políticos en el análisis. Las actividades de recolección de información se complemento con sesiones de trabajo in situ para realizar un análisis preliminar, el mismo que fue complementado luego del análisis del material grabado.

En cada lugar se entrevisto, en forma individual o colectiva a los actores mas involucrados en las experiencias de cogestión.

Las entrevistas individuales y colectivas se grabaron y la mayoría de ellas fueron transcritas, para facilitar el análisis (VER ANEXOS)

El análisis se hizo buscando concordancias y diferencias entre los diferentes actores, buscando núcleos de sentido, que de alguna manera reflejen la diversidad de percepciones y expectativas sobre la cogestión de servicios de salud.

Cuadro N° 21 : Categorías de Análisis

- a) *Percepción de éxito/fracaso:* Con esta categoría se explora la percepción de logros y limitaciones de las experiencias de cogestión en relación a diversos objetivos explícitos o implícitos. Se explora los éxitos/fracasos en las dimensiones sanitarias (cobertura, calidad), políticas (participación, democratización del poder), financieras y gerenciales (especialmente en desarrollo de recursos humanos).
- b) *Percepción de Nudos críticos y potenciales:* Explora las explicaciones o principales causas que los diferentes actores atribuyen a los éxitos y problemática de los CLAS, poniéndose énfasis en aquellas con alto potencial para la intervención
- c) *Imágenes objetivo:* Con esta categoría se explora la situaciones ideales (deseables) que los diferentes actores explícita o implícitamente, tienen sobre la cogestión de los servicios de salud.
- d) *Propuestas estratégicas:* Esta categoría explora las propuestas concretas de los diversos actores para acercar la realidad actual de los CLAS a modelos más deseables de la cogestión de servicios de salud.
- e) *Lecciones aprendidas:* Se explora las lecciones (que hacer, que no hacer) aprendidas por actores en base a los aciertos o errores en la cogestión de servicios de salud
- f) *Direccionalidad política:* Con esta categoría se explora los modelos de sociedad y específicamente de la relación Estado-ciudadanos, que direcciona los discursos y acciones en salud de los diversos actores.
- g) *Intereses colectivos:* Con esta categoría se explora la conveniencia o funcionalidad de las propuestas en relación a los intereses de grupos
- h) *Emociones conexas:* Se explora los niveles de frustración y optimismo de los diversos actores en relación la cogestión de servicios de salud

Los hallazgos preliminares se presentaron ante el grupo de expertos (Segunda reunión del grupo consultivo) retroalimentando el análisis, que servirá de base la elaboración de propuestas de cogestión, acordes a las expectativas en esta década.

5.4 Resultados

Es evidente que la experiencia de cogestión de servicios de salud, a través de los CLAS, ha tenido un impacto significativo en la atención de salud, en la vida institucional y en la dinámica de gestión subregional y local. El CLAS es una preocupación central en la gestión de servicios y en muchos casos es un asunto de interés político de autoridades locales y comunidad.

Como puede resultar esperable hay diferentes percepciones sobre los logros y limitaciones del CLAS, así como sobre explicaciones de estos y las propuestas de futuro; sin embargo también existen muchas concordancias que a lo largo de las visitas y entrevistas han sido redundantes, de tal manera que nos permiten construir un análisis con altos niveles de validez.

Hemos encontrado discursos muy optimistas respecto al CLAS y otros mas bien críticos y pesimistas. Probablemente esto responda a las diversas expectativas de los actores sociales, pero también a los procesos reales que se han dado en la experiencia CLAS. Es evidente que la propuesta CLAS desencadenó una serie de procesos sociales, económicos, micropolíticos administrativos, que han transformado la dinámica los servicios de salud y hasta cierto punto la vida civil de muchas poblaciones. Las áreas de la producción, las relaciones de poder intra y extramural, la administración financiera, el desarrollo de recursos y la participación comunitaria han sido particularmente dinamizadas en la experiencia CLAS

5.4.1 En la producción de servicios de salud

Es evidente un avance importante en lo que es producción de servicios de salud especialmente en los CLAS urbanos. Hay la percepción de un incremento notable en producción de atenciones, así como (aunque en menor consenso) respecto a la calidad de la atención. Los temas que aparecen problemáticos para los actores son los relacionados a equidad y exclusión. Es evidente en muchos de los discursos que estos no han sido temas centrales de las agendas de los CLAS e inclusive de las autoridades subregionales. Al parecer la atención ha estado puesta en la oferta y la demanda; en aquellos que buscan el servicio, mas que en aquellos que están lejos de él.

Un punto que aparece como controversial, es las exoneraciones, en el sentido que los criterios no parecen haber estado claros. En algunos lugares se ha puesto de manifiesto que la participación de miembros de la comunidad en la gestión del establecimiento, ha permitido diferenciar con mayor validez, aquellas personas "solventes" de los "indigentes", en base al conocimiento personal y a partir del reconocimiento de algunas características locales.

En relación al mejoramiento de la calidad, se reconoce que la participación comunitaria a tenido un efecto importante al canalizar directamente algunas quejas de "maltrato" y a través de mecanismos de "vigilancia" o control o supervisión del personal, y en ocasiones utilizando formas indirectas como el uso de encuestas. También podemos decir que en muchos, la sola presencia de miembros de la comunidad con injerencia en las decisiones del centro han sido motivo comportamientos productivos en el personal.

Los principales mecanismos de incremento de la producción han estado asociados a una mayor racionalización de los recursos en función de la demanda. El criterio de eficiencia esta muy presente en el discursos de los actores.

5.4.2 En el desarrollo de recursos humanos

Los CLAS, en concordancia con sus prerrogativas, se han convertido en empleadores importantes de recursos humanos en salud a nivel local. La principal modalidad de contrato acorde con el régimen privado ha sido por "servicios no personales". La proporción de trabajadores en esta modalidad es importante, en muchos lugares llega la 50% y en algún centro de salud encontramos que el único médico nombrado era el gerente. En otros aun el gerente esta en condición de contratado. Esta forma de relación laboral -prevalente en muchos ámbitos de la producción- en el sector público de salud es una experiencia nueva y con tal con altos niveles de confusiones e incertidumbres, generándose algunos problemas que van desde la identidad laboral, hasta problemas legales que esta acarreado no pocas dificultades a los CLAS (por lo menos uno ha tenido que declararse en "quiebra", para superar un impase).

Hemos observado problemas que debienen tanto del tipo de contrato como de las relaciones que se establece entre empleador empleado, y con los otros trabajadores. En las diferentes funciones, se reconoce que hay como dos tipos de trabajadores: Los "nombrados" y los "contratados", con obligaciones y derechos marcadamente diferentes. Una de las diferencias que progresivamente se ha ampliado son los salarios; pero muchos refieren que eso no es el mayor problema. Se dice que los "contratados" se sienten como en una permanente amenaza de despido. Los periodos de renovación de sus contratos son en periodos cortos y variables. Refieren que se les demanda tiempos extras de trabajo no remunerado, bajo diversos mecanismo como el de "guardias voluntarias" o de "horas extras". En muchos no tienen derecho a compensaciones como la "canastas" y tienen vacaciones ficticias.

Estas diferencias en trato que reciben uno y otros trabajadores son motivo de desconfianza, tensiones y conflictos en la organización. Muchas trabajadores en esta condición perciben que en base a su trabajo se incrementa la productividad y con ello los recursos propios de los cuales son participes marginales.

Esta situación que deviene del régimen laboral, se fue profundizada en ocasiones por estilos autoritarios de gestión que caracterizan a muchos CLAS.

5.4.3 En la administración financiera

Por definición el CLAS se acompaña de mayores niveles de autonomía en la gestión financiera. Muchos atribuyen que este es el factor clave del éxito productivo de los CLAS y que la participación comunitaria es la condición (el costo a pagar) para tenerla. Hemos encontrado muchos discursos en los que la principal motivación de los gestores de algunos CLAS fue financiera administrativa.

Mas alla de las motivaciones, los actores sociales reconocen un éxito significativo en aspecto financiero de los servicios de salud. Los logros en este campo tiene que ver con el mejoramiento de las decisiones de gasto e inversión y con la diversificación de fuentes de financiamiento. Este éxito es mas percibido en los CLAS urbanos que sirven a poblaciones con mayores niveles de solvencia económica. Hemos encontrado formas creativas de alianzas o intercambios orientadas a mejorar la atención, competir con otros y ampliar los ingresos. Es el caso de un centro de salud que tiene convenio con un

grupo de oftalmólogos mediante el cual los médicos atienden con precios módicos de consulta, utilizando sus propios equipos y distribuyéndose la recaudación con el establecimiento. También hemos observado algunas formas de captación de fondos municipales y otros de carácter público, orientados al desarrollo de infraestructura.

Una preocupación persistente en área económico administrativa es la rendición de cuentas. Dada naturaleza dual –pública-privada- del CLAS, deben rendir cuentas en régimen privado a la SUNAT y en el régimen público a la DISA. Las diferenciación de competencias y procedimientos no son tan claros, y esto fuente permanente de múltiples problemas y de un trabajo contable burocrático engorroso.

5.4.4 En las relaciones de poder

5.4.4.1 Equilibrio de poder en el comité

Un hallazgo importante –poco esperado- en el trabajo de campo es el bajo nivel de conflicto entre el gerente y los miembros comunitarios de los Comités Locales de Salud. En relación a esto hemos observado dos formas de relación prevalentes:

La primera, mas observada en CLAS rurales o dispersos, en la que la figura predominante es la del gerente. Este tiene el control pleno de los recursos de poder del CLAS y toma las principales decisiones. Generalmente “oculta” información relevante sobre las funciones del CLAS y mantiene relaciones cordiales con los miembros de comunidad, con quienes generalmente le une algún vínculo tradicional. En esta forma de relación los miembros de la comunidad se muestran poco motivados y con modestos aspiraciones. Puede ser suficiente con la consideración del gerente y con pequeñas prebendas, como atención gratuita a familiares y conocidos y pequeños consumos. En este modelo el gerente apuesta claramente a ventajas de administrativo-financieras del modelo CLAS y asume la participación como el precio a pagar.

La segunda forma de relación entre gerente y miembros de la comunidad tiene la forma de una “coalición” que comparte una visión sobre lo que debe ser el centro de salud y los mecanismos para lograrlo. En este modelo los miembros de la comunidad se muestran muy activos y comprometidos con discursos de modernidad (reforma de salud). Sienten que han encontrado un espacio para el ejercicio de sus vocaciones políticas y de servicio a la comunidad. Tanto el gerente como los miembros de la comunidad han descubierto que las fortalezas de unos están en función de los otros, lo cual se ejerce y se refuerza en los problemas o amenazas cotidianas. Articulados así, los miembros del CLAS pueden hacer frente tanto a problemas internos como los que debienen del disconfort o frustración de sectores de trabajadores, como aquellos que deviene de las relaciones con la autoridad local o con las autoridades funcionales.

5.4.4.2 Relaciones con la DISA

Las relaciones entre los CLAS y las DISAS son variables, pero en general entraña diversos ejes o niveles de conflictos, uno de los mas importantes es el nivel y la forma de ejercicio de la autoridad. En el modelo clásico la línea de autoridad entre DISA y centro de salud es evidentemente jerárquica, complementaria e incuestionable, teniendo como aspecto central (en términos de poder) la capacidad que tiene la DISA de designar y de remover a los jefes del establecimiento, virtualmente sin

tener que explicar o rendir cuentas de tal hecho. Esta situación de complementariedad convalidada y hasta legitimada en el devenir histórico se ha puesto en cuestión con el modelo CLAS (que mas bien propone una relación simétrica), generandose procesos adaptativos mas o menos complejo. Hemos observado situaciones en los que claramente los CLAS han desafiado la autoridad de la DISA y hecho retroceder en decisiones de cambio de gerente, o en sanciones a personal, por ejemplo. Estas situaciones revelan una situación de conflicto entre las DISA y los CLAS, entendibles hasta cierto punto, ya que el modelo, de alguna manera obliga a las DISAS a transferir poder efectivo a lo CLAS; lo cual si no es procesado en una cultura democrática, deja la "sensación de pérdida de poder", que es lo que observamos en algunas DISAS. Esto explica en parte, el hecho que las DISAS frecuentemente esten tratando de intervenir el ámbito de decisiones , que legalmente tienen los CLAS. Por otro lado los CLAS progresivamente muestran un proceso de empoderamiento a través de conocer y utilizar la normativad vigente como recurso de poder en la confrontación con la DISA.

De esta manera podríamos decir que existe un brecha entre la legalidad y la legitimidad en materia de decisiones de gestión en relación a los CLAS. Esta brecha explica la mutua desconfianza que se percibe en los discursos a nivel de DISA y CLAS, en la que cada uno percibe que esta respondiendo a la intervenciones inapropiadas del otro, generando un suerte de escalada, que como veremos mas adelante, en algunos casos ha salido del ámbito institucional.

5.4.4.3 Relaciones entre CLAS

Otro fenómeno interesante que se esta dando en el proceso de empoderamiento de los CLAS, es los mecanismos de intercambio de experiencia entre los diferentes CLAS. Una serie de reuniones promovidas especialmente por el nivel central han aperturado espacios y creado vínculos entre miembros de diferentes CLAS, lo cual ha permitido entre otras cosas un aprendizaje cruzado de experiencias, motivarse mutuamente, reducir sus temores o ansiedades, conocer sus derechos, utilizar diversas tácticas y estratégicas de poder. Este espacio de intercambio ha ido mas allá, y en algún lugar se ha establecido un verdadero gremio de CLAS (interclas) que esta permitiendo generar estrategias conjuntas de negociación y confrontación, especialmente con la DISA, abriendo nuevos espacios de confrontación. Hemos observado una experiencia en la que esta agrupación de CLAS ha desafiado el poder de la DISA y entablado una confrontación que ha llegado a involucrar a los medios de comunicación regional.

5.4.4.4 Relación con actores locales

En general hemos observado que las relaciones entre los CLAS y los actores locales es distante pero expectante. Ni los CLAS ni los otros actores (en particular el municipio) tienen una actitud proactiva de acercamiento; generalmente lo hacen en la medida que el otro lo demande. Para los CLAS el municipio "esta en sus cosas" y solo es una fuente de recursos para mejorar alguna infraestructura. En los municipios perciben que hay problemas en el ámbito de salud, en muchas ocasiones es allí donde algunas personas se quejan de la atención, o donde procuran recursos (medicinas, movilidad) para completar la atención de sus problemas de salud.

En relación a participar en la gestión de centro de salud, por parte del municipio, hay un amplio espectro de posiciones. Desde la indiferencia, a la intensión de "poner gente" de municipalidad en el CLAS, pasando por la critica y cuestionamiento mordaz a la gestión de salud

En muchos lugares un espacio que está permitiendo el acercamiento de los CLAS con otros actores son las "mesas de concertación".

5.4.4.5 En la participación comunitaria

La participación comunitaria se señala casi por todos los actores como un nudo crítico del modelo CLAS. Hemos observado diversos posicionamientos sobre el rol de la participación en el modelo de gestión. Para algunos la participación es un elemento externo a la gestión, tiene más un carácter ideológico, que de algún modo permite legitimar, y en cierto modo compensar y hasta encubrir reglas de juego autoritarias y excluyentes propias de un neoliberalismo sanitario. Para otros la participación comunitaria es solo un requisito para acceder a las ventajas de mayores grados de autonomía financiera administrativa que otorga el modelo. Para otros la participación es un elemento decisivo en el acercamiento de los servicios de salud a las necesidades más auténticas de la población, pero que al no haber sido efectiva explica los niveles de exclusión e inequidad que son tareas aún pendientes.

Más allá de las diferentes posicionamientos sobre la participación comunitaria es evidente que para todos que este es el punto más débil del modelo. Hemos escuchado por doquier cuestionamientos sobre la representatividad de los miembros, sobre la forma como ejercen sus funciones, sobre las relaciones que establecen con los profesionales y sobre la prácticamente ausente rendición de cuentas. ¿A quienes representan los miembros de CLAS?, es una pregunta que se hacen muchos actores.

Hemos encontrado una diversidad de perfiles de representantes. Algunos de ellos, ciudadanos notables de la localidad, con un liderazgo carismático, con buenas relaciones formales con autoridades y otros ciudadanos influyentes, con vínculos de amistad con el personal de salud. Otros representantes son profesionales independientes o trabajan en otros sectores; que tiene más bien un perfil técnico y desde allí aportan (o se espera que hagan) a la gestión. Otros provienen de otras organizaciones sociales, sindicales o de base con un perfil un poco más político; y finalmente aquellos con perfil bajo con poca relevancia en la comunidad y que se adhieren pasivamente a esta tarea.

Hemos observado que la preocupación por la representatividad ha llevado al cuestionamiento y en algunos casos a ensayos de nuevos mecanismos de elección de los miembros del CLAS. En algunos lugares se ha ensayado elecciones universales con listas de candidatos, logrando amplios niveles de participación. Muchos están haciendo esfuerzos para ampliar la participación en asambleas electorarias y captar la participación de más organizaciones de base. La preocupación por la representatividad se está convirtiendo en punto central de agenda en varios de los CLAS. Se está tomando en cuenta que la representatividad no solo es una obligación con la población (por ejemplo de rendir cuentas) sino también un respaldo empoderante para la gestión y negociación con otros actores. Es así que algunos CLAS están constituyendo comités locales de apoyo a salud, por ejemplo como mecanismo de acercamiento con la comunidad.

Es evidente que el modelo de participación del CLAS no obliga a ningún vínculo entre los miembros del comité y organizaciones o bases poblacionales. Es más bien una organización paralela que bien puede estar totalmente al margen de la dinámica participativa de la comunidad y de la población en general. En este sentido los "representantes" de la comunidad son más proclives a sentirse más comprometidos con las autoridades de salud y con el Estado, que con la sociedad civil y la población en general. Esto hace que en la práctica los representantes sean vistos por propia comunidad

como "institucionalizados", es decir con valores, visiones y acciones mas afines a los servicios que a la población.

Sin embargo hemos observado esfuerzos de los CLAS por vincularse de algún modo con bases poblacionales a fin de alcanzar mayor legitimidad social.

5.5 CONCLUSIONES

Lugo de 8 años de puesta en marcha del modelo de cogestión de servicios de salud, denominado CLAS, ha desatado una serie de procesos y cambios en la dinámica institucional, local y subregional, que convierten al CLAS en un tema central de preocupación, sobre la que los diferentes actores tienen diversas posiciones. En contra o a favor pero todos tienen una posición sobre el modelo.

Los actores reconocen principalmente logros en campo de infraestructura, financiamiento y producción de servicios de salud (cantidad y calidad) y al mismo tiempo limitaciones y problemas en el campo de la participación, democratización del poder y el desarrollo de recursos humanos.

Los logros son mas manifiestos en los CLAS urbanos que en los rurales-dispersos

Muchos actores reconocen que el aumento en la productividad en los CLAS (especialmente los urbanos) se basa en la orientación de la oferta a segmentos poblacionales mas solventes -mas que marginales-, al énfasis en servicios recuperativos -mas que promocionales-, y base al uso mas eficiente de los recursos, incluyendo recursos humanos contratados. Se postula que en la medida que los servicios han incrementado su productividad los recursos humanos han regresado en sus condiciones laborales.

La introducción de la modalidad de contratos de régimen privado ha llevado a una dualidad de reglas de juego para ejercicio de funciones similares, con niveles crecientes de inequidad entre trabajadores nombrados y contratados, creando un terreno propicio para el conflicto, la desmotivación y el autoritarismo.

La insatisfacción acumulada de sectores importantes de trabajadores (especialmente contratados) esta encontrando formas de organización y expresión colectiva cambiando el escenario micro político de la instituciones de salud.

Las relaciones de poder entre los gerentes y los miembros de la comunidad y el CLAS han encontrado variados puntos de equilibrio (pocos niveles de conflicto) destacando dos. Uno en el que se da un equilibrio marginal en el mutuamente dan y esperan poco los unos de los otros; y otro mas empoderante en el prácticamente funcionan como una coalición (donde el poder de uno depende del otro y viceversa) compartiendo valores, visiones y acciones.

El proceso empoderamiento de los CLAS tiene como principal mecanismo y conocimiento y apropiamiento de la normatividad que le otorga amplios grados de libertad, así como diversos mecanismo de intercambio de experiencias y asociaciones entre CLAS.

Las relaciones CLAS-DISA, se encuentran en un momento de inestabilidad y en algunos casos tiene la forma de una confrontación en escalada, probablemente asociada al empoderamiento progresivo de los CLAS por un lado y a la tradición de ejercicio de poder vertical en las DISAs.

La representatividad de los miembros de la comunidad en el CLAS es el principal cuestionamiento al avance de la participación comunitaria en el modelo. Los "representantes" comunitarios por la forma como son seleccionados y por los pocos vínculos con organizaciones y bases poblacionales, están más comprometidos con los valores y visiones de las instituciones y el Estado que con la población local.

Al interior de varios CLAS están intentando corregir el problema de representatividad, a través de múltiples mecanismos: asambleas más participativas, vínculos con organizaciones de base, participación en mesas de concertación, creación de comités poblacionales de apoyo, elecciones directas, etc.

Los CLAS están poco articulados a la vida cívica y política de comunidad. Manteniendo vínculos espurios con la municipalidad y otros actores. La municipalidad por su parte a pesar de atender algunos problemas vinculados a salud, lo ubica como un campo de modesto valor político, sin embargo están en disposición de participar en la gestión en roles modestos. Este reporte de diseño concretiza los alcances metodológicos ofrecidos en el primer reporte preparado en el marco de la experiencia de Innovación del Pago Ambulatorio. La integración de los productos técnicos ofrecidos en ambos reportes alcanzan las herramientas que se consideran indispensables para llevar a cabo el cambio del mecanismo de pago para los servicios del primer nivel de atención. Como se puede comprender, el llevar adelante esta propuesta permite una reconfiguración del poder político de diferentes instancias del MINSAs, con una ganancia institucional importante. Sin embargo, también será necesario estimar los pasos que permitan pasar de esta simulación de laboratorio a condiciones reales de operación.