

Rafael Cortez

EQUIDAD Y CALIDAD DE
LOS SERVICIOS DE SALUD:
EL CASO DE LOS CLAS

© Universidad del Pacífico
Centro de Investigación
Avenida Salaverry 2020
Lima 11, Perú

EQUIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD:
EL CASO DE LOS CLAS

Rafael Cortez

1a. edición: setiembre 1998

Diseño de la carátula: Luis Valera

BUP-CENDI

Cortez Valdivia, Rafael

Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS. — Lima:
Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 1998. — (Docu-
mento de Trabajo; 33)

/SERVICIOS DE SALUD/PARTICIPACIÓN SOCIAL/ECONOMÍA DE
LA SALUD/ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD/EVALUACIÓN DE
PROGRAMAS/PERÚ/

362.1(85) (CDU)

Miembro de la Asociación Peruana de Editoriales Universitarias y de Escuelas Superiores (APESU) y miembro de la Asociación de Editoriales Universitarias de América Latina y el Caribe (EULAC).

El Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico no se solidariza necesariamente con el contenido de los trabajos que publica. Prohibida la reproducción total o parcial de este documento por cualquier medio sin permiso de la Universidad del Pacífico.

Derechos reservados conforme a Ley.

ÍNDICE

Introducción	9
1. El Programa de Administración Compartida (PAC) y los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS)	10
2. Caracterización de la gestión y análisis del desempeño de los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS)	15
2.1 Un nuevo modelo de prestación de salud: la administración compartida .	15
2.2 Agentes involucrados en el modelo de administración compartida	16
2.2.1 Agente 1: el gerente	17
2.2.2 Agente 2: los representantes de la comunidad en el CLAS	18
2.2.3 Agente 3: el personal de salud	20
2.2.4 Agente 4: la autoridad local de la subregión de salud	21
2.2.5 Agente 5: la comunidad	22
2.3 Tipología de los CLAS estudiados	23
2.3.1 Por la actitud de la autoridad local del Ministerio de Salud	23
2.3.2 Por relaciones de poder en el interior del establecimiento	24
2.3.3 Por contexto de intervención de la comunidad	28
2.4 Percepción de los agentes involucrados en el desempeño de los CLAS	28
2.5 Características de la participación comunitaria	30
2.6 El desempeño de los establecimientos CLAS en el sistema de salud: equidad en el acceso y en el financiamiento	32
3. Análisis de los resultados de la encuesta a usuarios de servicios de salud CLAS 97	39
3.1 Características de la atención de salud en los CLAS	39
3.2 Indicaciones/tratamiento/información	40
3.3 Trato al usuario	43
3.4 Factores de demanda del usuario	45
3.5 Sugerencias para mejorar el servicio	48
3.6 Relación con representantes de la comunidad en el CLAS	48

3.7 Nivel de satisfacción del usuario	52
3.8 Calidad de los servicios y disposiciones a pagar: un análisis econométrico	56
3.8.1 Disposiciones a pagar por el uso de los servicios de salud en el CLAS	57
3.8.2 Variaciones en la satisfacción del usuario y disposiciones a pagar debido a cambios en la infraestructura de salud, la disponibilidad de medicinas y la reducción de los tiempos de espera	62
4. Conclusiones	65
Bibliografía	72
Anexo: Estadísticas. Encuesta de Demanda por Servicios de Salud CLAS 1997 ..	77

ÍNDICE DE CUADROS

1.1 Ubicación de los CLAS por departamentos, según zona urbana y rural	13
1.2 Producción comparada entre establecimientos CLAS y no CLAS: Perú 1997	14
2.1 Mejoras que deben hacerse en el establecimiento de salud según miembros de la comunidad y gerentes	29
2.2 Importancia que asignan los agentes y los usuarios a los aspectos del servicio de salud de los CLAS	31
2.3 Consultas de salud según establecimiento	33
2.4 Consultas de salud según lugar de consulta y persona que lo atendió ...	34
2.5 Atención de salud reportada como satisfactoria por los usuarios según proveedor y quintil de gasto per cápita familiar	36
2.6 Tiempos de espera para la atención de salud: según proveedor y quintil de gasto per cápita familiar	37
2.7 Exoneración del cobro de la consulta de salud: según quintil de gasto	38
3.1 ¿Qué indicaciones le dio el médico/enfermera que lo atendió?	42
3.2 Perfil socioeconómico según contexto de intervención	42
3.3 Tiempos en los establecimientos	43

3.4	Gastos realizados en el establecimiento y disposiciones a pagar	45
3.5	Pagos de consulta según quintiles de ingreso	47
3.6	Disposición a pagar por niveles de ingreso (en quintiles)	47
3.7	Si usted pudiera, ¿qué cambios o mejoras haría en el establecimiento de salud?	49
3.8	Si este establecimiento de salud tuviera más recursos para abrir otros servicios o especialidades, ¿cuáles cree que debería brindar?	49
3.9	Índices de satisfacción por actitud regional	52
3.10	Variación en los índices de satisfacción por actitud de la autoridad local del MINSA y según tipos de gestión de los CLAS	54
3.11	Glosario de variables	59
3.12	Modelo Probit de satisfacción general	60
3.13	Modelo de mínimos cuadrados de disposición a pagar	61
3.14	Variación en la probabilidad de estar satisfecho y las disposiciones a pagar debido a cambios en el índice de comodidad	64
3.15	Variación en la probabilidad de estar satisfecho y las disposiciones a pagar debido a cambios en el índice de equipo	64
3.16	Variación en la probabilidad de estar satisfecho y las disposiciones a pagar debido a cambios en el índice de farmacia abastecida	64
3.17	Variación en la probabilidad de estar satisfecho y las disposiciones a pagar debido a cambios en el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio	65

ÍNDICE DE FIGURAS Y GRÁFICOS

2.1	Relación entre los agentes del establecimiento de salud bajo administración compartida	17
2.2	Tipo I: control comunitario	26
2.3	Tipo II: control médico-técnico	27
2.4	Tipo III: control gerencial (vertical)	27
2.5	Tipo IV: control difuso	28
3.1	Promedio de tiempos	44
3.2	¿En qué medida cree que la experiencia de representantes ha contribuido a mejorar los servicios de salud del establecimiento?	50
3.3	¿Quién cree que debería administrar los servicios del establecimiento de salud?	51

INTRODUCCIÓN*

El Programa de Administración Compartida busca la descentralización de la gestión de los establecimientos de salud a través de la promoción de la participación comunitaria. El Comité Local de Administración Compartida (CLAS) es una asociación civil, integrada por representantes de la comunidad y del Ministerio de Salud, la cual suscribe un contrato de administración con el Ministerio de Salud.

El CLAS tiene responsabilidad legal y financiera para la administración de los centros y puestos de salud en su jurisdicción, y dispone de recursos públicos para pagar horas extras al personal existente o contratar personal adicional (operando como sector privado) con el fin de ampliar el horario de atención. Adicionalmente, los ingresos propios generados por las tarifas de atención y la venta de medicamentos no retornan a la administración central del Ministerio, como se establece en el sistema de administración pública de los centros y puestos de salud del MINSA. Los recursos propios pueden ser utilizados en la mejora de la infraestructura y el equipo de los establecimientos, así como para el financiamiento del costo de la atención y medicinas de aquellos que no pueden pagar. El reconocimiento implícito es 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).

El objetivo general de la investigación es evaluar la prestación de servicios de salud de los establecimientos de salud bajo administración compartida en el Perú, en términos de la equidad y la calidad de los servicios ofertados. Los objetivos específicos son los siguientes:

- i. Identificar las modalidades del sistema de administración compartida en funcionamiento.

* El trabajo de investigación es parte del proyecto de investigación «Reformas de descentralización en el sector salud» auspiciado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID). Se agradece la colaboración del equipo de trabajo del proyecto conformado por Paul Phumpiu, Armando Millán y Adriana Sarria, y los valiosos comentarios del Dr. Nicolás Velarde, Laura Altobelli y Cristián Aedo, a los borradores preliminares. Cualquier error u omisión contenido en el documento es responsabilidad exclusiva del autor.

- ii. Determinar la importancia de los establecimientos CLAS en el mercado de la salud, en cuanto al número de usuarios, satisfacción de los usuarios, y precios cobrados a los usuarios.
- iii. Conocer cuáles son los tipos de usuarios que pagan por los servicios que ofrecen los establecimientos CLAS, e identificar a aquellos que no pagan. Asimismo, se pretende precisar si los servicios de atención de los CLAS excluyen a los más pobres.
- iv. Indicar qué factores determinan la satisfacción del usuario en los establecimientos CLAS.
- v. Señalar las debilidades del modelo, ya sea para mejorarlo o para plantear alternativas de cambios institucionales y de organización.

Se entrevistó a 1,023 usuarios de los servicios de doce establecimientos de salud bajo Administración Compartida, ubicados en tres subregiones: La Libertad, Lima, y Junín. Las entrevistas tuvieron lugar después de recibir la atención de salud. Se recolectó información sobre 1) 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. Por otro lado, se utilizaron los resultados de la Encuesta de Niveles de Vida 1997, que recopila información demográfica, económica y de salud de 20,000 personas en el ámbito nacional.

El documento consta de cuatro partes. La primera sección contiene una descripción del programa de salud bajo administración compartida (PAC). La segunda sección presenta la caracterización y el diagnóstico de los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS) sobre la base de un estudio de casos. La tercera sección muestra evidencias sobre el desempeño de los establecimientos CLAS en el mercado de la salud en el Perú, sobre la base de la equidad y la calidad de los servicios ofertados. Finalmente, la cuarta sección señala las conclusiones y las lecciones de política que se desprenden del estudio.

1. EL PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA (PAC) Y LOS COMITÉS LOCALES DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA (CLAS)

Una novedosa modalidad de prestación de servicios es aquella según la cual los establecimientos de salud se transforman en pequeñas empresas con autonomía relativa o en organismos semi-autónomos, manejados en ambos casos por los cuerpos médicos, profesionales de la salud. Estos organismos son dirigidos por consejos en los que intervienen los municipios, las entidades vinculadas a la defensa del consu-

midor y las entidades representativas de la comunidad. Los consejos directivos se encargarían de administrar los servicios de salud con fondos transferidos por el Estado. Esta alternativa de administración compartida se ha difundido en un número significativo de establecimientos de atención de primer nivel en el Perú desde 1994.

El Programa de Administración Compartida (PAC) de los establecimientos de salud del nivel básico de atención fue creado en 1994. Los objetivos eran mejorar la calidad en la prestación de servicios salud, ampliar la cobertura de los mismos, prestar servicios a un costo mínimo y consolidar la participación comunitaria organizada en la gestión de los establecimientos de salud. Para lograr los objetivos del PAC se crearon los Comités de Administración Compartida (CLAS), asociaciones civiles sin fines de lucro, con personería jurídica, que están integradas por representantes de la comunidad organizada, y cuya labor es la administración de un puesto o centro de salud con el propósito de mejorar la salud de la comunidad. Los CLAS constituyen una forma de administración descentralizada de los servicios de salud de atención primaria, donde el Estado, representado por el MINSA, comparte esfuerzos y recursos con la comunidad.

El CLAS se hace cargo de un puesto de salud que se encarga de dar servicios básicos y de emergencia, pero tiene la capacidad de derivar los casos complejos a los grandes hospitales. Tiene la atribución de fijar escalas de tarifas por el uso de los servicios y el sistema de contratación de personal, lo que le permite controlar y supervisar el desempeño de los profesionales. La administración privada del establecimiento introduce flexibilidad en el manejo presupuestal y de personal, y contribuye a un uso más eficiente de los recursos.

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

- i. Es un comité formal pues está institucionalizado y cuenta con personería jurídica.
- ii. Se trata de una organización privada y autogestionada, puesto que tiene capacidad para tomar decisiones respecto a sus actividades.
- iii. No distribuye utilidades.
- iv. Supone un alto grado de participación voluntaria de los miembros de la comunidad.

Los CLAS involucran la participación comunitaria, la cual cuenta con diversos elementos a su favor: en primer lugar, es un derecho básico de la población; en segundo lugar, facilita la generación de mayores recursos, a través de un mejor aprovechamiento de los conocimientos y los recursos existentes; asimismo, puede hacer que los servicios de cuidado de la salud sean costo-efectivos al expandir su

cobertura y disminuir el costo total; en cuarto lugar, la comunidad asegura que los servicios sean aceptables y respondan a las prioridades de la comunidad; y, finalmente, demuestra a los participantes que pueden ser activos en el desarrollo general de la localidad.

Los comités CLAS están compuestos 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 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, el cual cuenta con los índices de demanda insatisfecha más altos del país, y que por cierto 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 los representantes de la comunidad. El consejo directivo es el órgano responsable de la marcha administrativa del CLAS, y sus miembros se encargan de la toma de decisiones. 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.

En 1998 habían 548 CLAS en operación que cubren una población objetivo de 2,928,969 personas en 26 regiones y subregiones del país (ver Cuadro N° 1.1). En promedio, en los departamentos donde existen CLAS, éstos representan el 11% del total de establecimientos de salud. Se observa un mayor predominio de CLAS en aquellos departamentos con mayores índices de pobreza.

Hay 650 establecimientos de salud bajo la modalidad de gestión de los CLAS, de los cuales 572 establecimientos están incorporados al PAC; el 69% son puestos de salud, mientras que el 31% son centros de salud. 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% de los CLAS se encuentra en zonas rurales, mientras que el 31% restante está ubicado en zonas urbanas. Sin embargo, esta distribución no es homogénea en las distintas regiones y subregiones donde se encuentran los CLAS. La difusión y la expansión del programa han sido exitosas, principalmente la imagen de participación civil como mecanismo de control social y gestión del funcionamiento del establecimiento.

El Programa de Salud Local (PSL) plantea los objetivos, las metas y las actividades del establecimiento bajo administración compartida. El PSL es elaborado por

Cuadro N° 1.1
UBICACIÓN DE LOS CLAS POR DEPARTAMENTOS,
SEGÚN ZONA URBANA Y RURAL

Región/ Subregión	Población objetivo	N° de CLAS	Ámbito urbano		Ámbito rural	
			N°	%	N°	%
Ayacucho	67,611	7	5	71%	2	29%
Arequipa	258,165	25	25	100%		0%
Cajamarca	80,975	21	1	5%	20	95%
Cuzco	178,925	13	4	31%	9	69%
Chachapoyas	24,844	21		0%	21	100%
Chota	118,696	54		0%	54	100%
Chavín	80,874	16	2	13%	14	88%
Huancavelica	92,312	8		0%	8	100%
Huánuco	93,710	17	1	6%	16	94%
Ica	182,231	20	20	100%		0%
Junín	61,991	14	2	14%	12	86%
La Libertad	135,289	21	12	57%	9	43%
Lambayeque	15,438	2	2	100%		0%
Lima Ciudad	4,348	1	1	100%		0%
Lima Norte	54,212	4	4	100%		0%
Lima Sur	52,697	4	3	75%	1	25%
Loreto	410,904	18	11	61%	7	39%
L. Castillo	95,143	8	7	88%	1	13%
Madre de Dios	13,674	32	2	6%	30	94%
Moquegua	29,035	4	4	100%		0%
Pasco	18,177	4		0%	4	100%
Piura	347,456	77	25	32%	52	68%
Puno	154,000	24		0%	24	100%
San Martín	133,027	36	6	17%	30	83%
Tacna	165,720	65	18	28%	47	72%
Ucayali	59,515	32	13	41%	19	59%
Total	2,928,969	548	168	31%	380	69%

Fuente: Programa de Administración Compartida.
Elaboración propia.

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 es financiado con fondos del tesoro público y los ingresos propios del CLAS. El PSL incluye información en el ámbito político, administrativo y técnico del área de influencia del CLAS.

Cuadro N° 1.2
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)	22	38
Nivel C (pobre)	40	34
Nivel B (regular)	35	18
Nivel A (aceptable)	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.

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 antitetánicas, charlas educativas, visitas domiciliarias y baciloscopía. 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.

2. CARACTERIZACIÓN DE LA GESTIÓN Y ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO DE LOS COMITÉS LOCALES DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA (CLAS)^{1 2}

2.1 Un nuevo modelo de prestación de salud: la administración compartida

Las diferencias más significativas entre los CLAS y la gestión centralizada son: la descentralización gerencial, la participación activa de la comunidad, y la forma de gestión del establecimiento de salud.

En los CLAS, la intervención de la comunidad a través de sus representantes modifica el carácter público de los servicios de salud brindados; éstos constituyen un espacio en el cual se empiezan a mezclar los intereses públicos con los privados, y donde se valoran los aspectos de defensa del consumidor. Las cuatro objetivos básicos son los siguientes:

- i. Crear un aparato administrativo original, el cual se basa en la conjunción de dos elementos: la puesta en práctica de un control social efectivo y el mejoramiento gerencial.

¹ Sobre la base de los resultados de la Encuesta a usuarios de los CLAS 1997 realizada entre setiembre y diciembre de 1997 en doce establecimientos de salud con CLAS de tres regiones distintas: La Libertad, Lima y Junín, y entrevistas a los miembros de los CLAS seleccionados.

² La colaboración del doctor Alfredo Sobrevilla, miembro del Programa de Administración Compartida del Ministerio de Salud, permitió establecer los contactos iniciales con los gerentes de los establecimientos CLAS bajo estudio.

- ii. Mejorar la cobertura (cantidad de pacientes atendidos de la población asignada) y la calidad de atención.
- iii. Mejorar los servicios, lo que implica transformar las condiciones materiales de los establecimientos en cuanto a infraestructura, equipamiento médico-técnico, mobiliario, entre otros.
- iv. Complementar la iniciativa pública y privada.

La participación civil o “iniciativa privada” debe contribuir a identificar los problemas básicos de salud de la comunidad y sus posibles soluciones, en el planteamiento compartido con el personal de salud, así como en las tareas administrativas que permitan un óptimo funcionamiento del establecimiento. A estas labores administrativas se suma la participación en las instancias de poder del establecimiento, puesto que todos los representantes de la comunidad, además del médico-jefe, son miembros del directorio del CLAS, y constituyen la denominada Asamblea General, que es el órgano de decisión supremo de la organización.

Las medidas específicas de asignación directa de recursos, simplificación administrativa y descentralización gerencial han logrado fortalecer la autonomía y la fluidez de los servicios del establecimiento y, a su vez, han permitido que los antiguos centros y puestos de salud se transformen, aunque no en el mismo grado, en agentes prestadores de servicios de salud más eficientes, menos burocráticos y con una mejor calidad de atención.

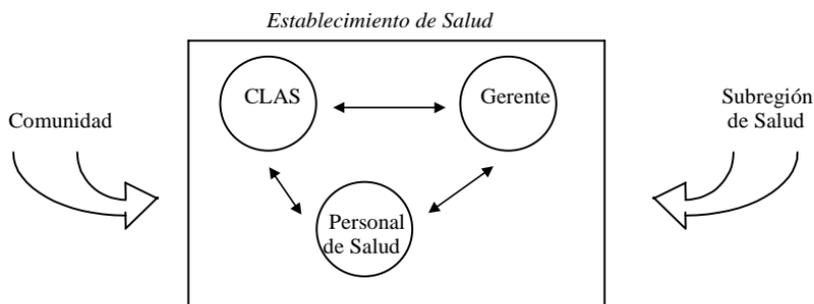
2.2 Agentes involucrados en el modelo de administración compartida

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. En la práctica, a través de la observación de los casos elegidos para el presente estudio, es posible identificar un conjunto muy definido de agentes que forman parte sustancial del Modelo de Prestación de Salud bajo administración compartida, y cuyas características definen las distintas formas de funcionamiento de los establecimientos. Los agentes identificados son los siguientes: agentes endógenos: i) el gerente, ii) los representantes de la comunidad en el CLAS (Consejo Directivo/Asamblea General), y iii) el personal de salud; así como los agentes exógenos: iv) la subregión de salud, y v) 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 la Figura N° 2.1 se ilustra la relación entre los agentes del modelo de gestión bajo administración compartida.

Figura N° 2.1
RELACIÓN ENTRE LOS AGENTES DEL ESTABLECIMIENTO
DE SALUD BAJO ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA



2.2.1 Agente 1: el gerente

La administración compartida no implica un simple cambio de términos. El jefe del establecimiento bajo gestión centralizada tiene básicamente responsabilidades técnicas y operativas, pero depende de las directivas de los niveles superiores del Ministerio. El gerente de un establecimiento bajo administración compartida se constituye en un agente activo que tiene poder de decisión y cierta autonomía, la cual sólo está limitada por las responsabilidades del consejo directivo, y la subregión de salud. El gerente tiene la atribución de elaborar estrategias de acción en el campo de la salud, proyectar, elaborar y dirigir, en conjunto con la comunidad, las alternativas para mejorar el establecimiento y los servicios que éste ofrece.

Debido a la ausencia de incentivos institucionales en los establecimientos CLAS, muchos médicos-jefes revelan que su labor en el establecimiento es sólo una situación temporal, pues no “están haciendo carrera profesional” en un CLAS. Ellos consideran que el trabajo en el establecimiento bajo administración compartida sólo

les permite ganar experiencia técnica y administrativa, la cual no es reconocida en las jerarquías establecidas del MINSA. La formación que reciben los médicos en las universidades peruanas está por lo general orientada a la atención masiva y hospitalaria, es decir, el profesional tiene como meta ser un especialista de hospital. Desde esta óptica, el “trabajo de comunidad”, tal como ellos mismos lo llaman, pierde su atractivo como posibilidad de ocupación a largo plazo. Por ello, la renuncia de un «buen» gerente es una amenaza constante y, en caso de concretarse, afecta directamente a la prestación y la calidad de los servicios de salud. Éste es un aspecto de fragilidad del modelo, más aún cuando la buena gerencia está asociada a las cualidades y la motivación del médico-jefe y de unos pocos miembros del CLAS.

2.2.2 Agente 2: los representantes de la comunidad en el CLAS

Los estatutos elaborados por el Programa de Administración Compartida para el sistema de CLAS establecen que un grupo de seis residentes de la comunidad deben asumir el manejo y la gestión del establecimiento de salud de manera conjunta con el Estado, el cual está representado por el Jefe del propio establecimiento, quien es designado por las autoridades de salud del Ministerio. El estatuto establece que tres representantes son designados por la autoridad local de salud (el médico-jefe del establecimiento entre ellos). La designación de estas tres personas se basa, por lo general, en el conocimiento personal de sus capacidades, disposición y entrega al trabajo y, algunas veces, en la relación directa que existe con el propio Ministerio (pobladores que trabajan en Hospitales MINSA o han tenido experiencia en el sector salud). Los otros tres integrantes del CLAS son nombrados luego de una elección que debe llevarse a cabo entre representantes de organizaciones de distinto tipo que trabajan al interior de la comunidad: religiosas, municipales, deportivas, de asistencia solidaria (comedores populares, clubes de madres, etc.), la directiva de la propia comunidad, entre otras. En este segundo equipo de tres miembros de la comunidad, el MINSA no tiene intervención alguna, excepto cuando se trate de convocar a la asamblea para la elección y asegurar que ésta se realice de manera justa y transparente.

El integrante del CLAS promedio es una mujer cuya edad oscila entre los cuarenta y cincuenta años, y con cierto grado de instrucción. Se pudo constatar, en las visitas realizadas a los establecimientos, que los CLAS con representantes con mayor nivel educativo presentan un mayor dinamismo, una proyección a futuro más compleja, 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 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, lo que quiere decir que ellas tienen un menor nivel de educación formal. Con respecto a la ocupación de las mujeres, el 70% de las mujeres que participan en los CLAS sólo se dedican al hogar, y del total de miembros de los CLAS el porcentaje es 45%.

El trabajo de campo en los establecimientos de salud permitió identificar que uno de los factores que puede afectar la permanencia del modelo de la Administración Compartida es la menor disponibilidad de tiempo de los representantes de la población a favor de la comunidad, más aún cuando estas actividades no son remuneradas. El compromiso establecido con el Estado y con la propia comunidad demanda un esfuerzo del que muchas veces no se es consciente en el momento de aceptar el cargo. Una vez iniciadas las labores, los nuevos integrantes de los CLAS se dan con la sorpresa de que las responsabilidades que deben asumir requieren más tiempo del previsto. Los resultados de las entrevistas realizadas a representantes de la comunidad en el CLAS revelan que ellos dedican 14 horas a la semana a sus responsabilidades en el establecimiento, es decir, un promedio de 2 horas y 20 minutos por día. No todos los pobladores tienen la capacidad para destinar esta cantidad de tiempo de manera diaria. No es de extrañar entonces que una cantidad significativa de representantes de la comunidad sean amas de casa, cuyo tiempo es mucho más manejable que el de aquellos que tienen empleos estables y que deben cumplir un horario.

Respecto a las capacidades para ejercer el cargo que han asumido, se encontró que tener experiencia previa en el campo de la salud no constituye un factor determinante para la elección del representante: el 52% tiene experiencia, mientras que el 48% carece de ella. Por otro lado, un 72% recibió capacitación en gestión o administración. Mayormente, esta capacitación 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) que trabajan en la zona o por instituciones particulares. Un dato interesante nos muestra que 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.). Esto es importante, ya que implica que los representantes de la población que integran los CLAS tienen una experiencia previa de trabajo al servicio de su comunidad, lo que significa que no sólo cuentan con una capacidad valiosa que puede ser muy útil para el cumplimiento de sus actuales responsabili-

dades, sino que también demuestran que su interés en el trabajo no es sólo político (que era uno de los temores de los creadores de este nuevo modelo). Se observa una clara vocación de servicio a la comunidad, lo que se pudo comprobar a partir de las entrevistas realizadas a los integrantes de los CLAS.

2.2.3 *Agente 3: el personal de salud*

El personal de salud promedio de un establecimiento está constituido por médicos, enfermeras, obstétricas, odontólogos, profesionales no médicos (asistentes sociales, educadores, etc.), técnicos asistenciales, y otros trabajadores en general (cajero, vigilante, etc.). Este tercer agente, elemento clave en la prestación de servicios de un establecimiento, está conformado por integrantes del personal de salud, quienes tienen la responsabilidad de determinar el trato y el nivel profesional del servicio prestado, atributos claves asociados a los reportes de satisfacción del usuario.

Para entender las características del personal de salud que labora en un establecimiento con CLAS, se requiere comprender la manera en que los miembros del equipo de salud entienden sus obligaciones en el marco del modelo tradicional de prestación de salud. Sobre la base de entrevistas al personal de salud y a funcionarios del Ministerio, se observaron las siguientes constantes: la ausencia de incentivos al esfuerzo, la falta de mecanismos de control de las actividades y la presencia de un sistema de decisiones centralizado.

La posibilidad de regulación y control de las actividades de los miles de establecimientos de salud del primer nivel se ve reducida a las visitas y las evaluaciones esporádicas de las Unidades Territoriales de Salud (UTES). La organización y la orientación de las actividades no partían del establecimiento, sino de directivas generales para puestos y centros de salud de una misma zona. La falta de control genera comportamientos no deseados por parte del personal: incumplimiento de los horarios de trabajo, prolongadas ausencias de los médicos y el resto de profesionales de salud, la falta de un sistema de prestación de servicios que considere las quejas o los puntos de vista del usuario, y el escaso compromiso con el trabajo asumido, entre otros aspectos. Este tipo de actitud está asociado a los bajos incentivos laborales y a la ausencia de mecanismos de control y supervisión que recompensen el esfuerzo y penalicen el trabajo deficiente.

En los últimos años, el Ministerio de Salud ha intentado transformar esta situación perjudicial para los usuarios; primero, a través del Programa de Salud Básica para Todos -cuyo objetivo es mejorar los recursos humanos y materiales de los establecimientos del primer nivel de atención- y, luego, con el Programa de Administración Compartida, de acuerdo con el cual se estableció que el nuevo personal

de salud asumiera sus funciones bajo la modalidad de un contrato por servicios a plazo establecido, generalmente, de tres meses.

Esta situación del personal “contratado” ha modificado el comportamiento del profesional de salud en los establecimientos de primer nivel. A través del estudio realizado, se ha podido identificar la existencia de decisiones de trabajo distintas en el personal. Los mecanismos de control social que ejecutan los representantes de la comunidad en el CLAS exigen al personal un mayor compromiso y dedicación a las actividades del establecimiento, así como un mejor trato a los usuarios. Todo ello se desprende de un sistema de incentivos al trabajo que premia la dedicación y el esfuerzo con la estabilidad del empleo, y castiga el incumplimiento de las obligaciones con el cese de la condición laboral.

2.2.4 Agente 4: la autoridad local de la subregión de salud

Los estatutos elaborados por el MINSA no fijan las responsabilidades de la autoridad local del Ministerio de Salud de manera específica. Por ello, en el nivel local, algunas subregiones del Ministerio establecen su propia reglamentación, organización y exigencias a los establecimientos de salud que se encuentran bajo su zona de influencia.

La influencia de la subregión en el trabajo específico de los CLAS se observa a partir de la designación del responsable del Programa de Administración Compartida, la que refleja cuál es la importancia que el Director Subregional asigna al Programa. Un Director preocupado por el desarrollo del modelo de los CLAS involucrará recursos humanos y materiales en favor del programa de manera rápida y contundente, y designará a un profesional capacitado con amplia iniciativa para que se haga cargo del programa local. Lo opuesto suele ocurrir con un director desinteresado en la expansión del Programa en su subregión, que selecciona a un personal que carece de la capacidad profesional y la motivación requeridas.

En las tres subregiones de salud bajo estudio (La Libertad, Lima y Junín) se identificaron tres variantes en la actitud de las autoridades locales frente a los CLAS que se encontraban bajo su jurisdicción. En La Libertad, el apoyo a los CLAS por parte de su responsable local es total, y estimula un trabajo basado en la eficiencia, así como constantes evaluaciones de las labores realizadas y las metas propuestas. La comunicación entre la autoridad del Ministerio de Salud y los integrantes de los CLAS también es permanente. En el caso de Lima Norte, la política tiene un carácter de indiferencia frente a las actividades que realizan los CLAS.

Finalmente, en el caso de Junín, la actitud es indiferente y no se promueve la actividad de los CLAS. Sólo se intenta cumplir los compromisos básicos asumidos

sin llamar la atención de los niveles centrales del MINSA. Existe también una actitud que obstaculiza permanentemente las actividades del CLAS. Ejemplos de esta situación son los siguientes: la designación del gerente del CLAS bajo la condición de que sea un profesional nombrado del sector público; la prohibición de utilizar los recursos propios para la mejora y el crecimiento de la infraestructura del establecimiento; y la estricta disposición de no permitir la compra de equipos especializados sin la aprobación de la subregión del MINSA. En otras palabras, se restringe la autonomía del establecimiento de salud y la toma de decisiones basadas en necesidades locales.

2.2.5 *Agente 5: la comunidad*

Los miembros de la comunidad participan en el trabajo de salud del establecimiento sólo en algunos casos. En ciertos CLAS (i.e: la Noria, Chancayllo, entre otros), la presencia de la comunidad es casi nula, y no existe una organización que exija o presione de manera directa el buen desempeño del establecimiento de salud. La dinámica de la información sobre la gestión del CLAS hacia la comunidad no es apropiada. En otros CLAS, por el contrario, la intervención de la comunidad es organizada y activa, ya sea a través de la permanente presencia de sus miembros en los directorios, la expresión constante de quejas y sugerencias, o la participación de los mismos en el trabajo voluntario del establecimiento (en el censo u otras actividades).

El CLAS puede presentar un nivel de intervención comunal alta, tal es el caso de los CLAS ubicados en los asentamientos humanos³. En oposición, el comportamiento de la comunidad de una población urbana o una población rural presenta una dispersa capacidad de organización y una escasa participación civil. En este último caso, la ausencia de una entidad activa y representativa de la población motiva que los representantes de la comunidad que conforman el CLAS actúen de manera

³ Considérese “poblaciones urbano-marginales” a los llamados asentamientos humanos, un espacio social caracterizado por un reciente origen (no mayor de veinte años) y un incipiente crecimiento urbano (viviendas construidas lentamente a lo largo de los años), en la mayoría de los casos producto de invasiones de terrenos o arenales desocupados por pobladores de escasos recursos económicos y migrantes de zonas rurales empobrecidas, cuya experiencia de vida en la ciudad va a estar marcada por un sentimiento de “progreso colectivo” y una alta disposición a la solidaridad vecinal. Las “poblaciones urbanas” y las “poblaciones rurales” son aquellas cuya experiencia de formación y crecimiento se remonta a épocas mucho más antiguas, y cuyos pobladores (o sus padres) no han experimentado el proceso de “fundación” del propio espacio vital.

independiente, con un reducido respaldo colectivo y un escaso interés en que los miembros de la comunidad conozcan la labor que se realiza en el interior del establecimiento.

2.3 Tipología de los CLAS estudiados

Uno de los objetivos de la investigación es describir las características de las modalidades de gestión de los CLAS. La clasificación se basa en las relaciones que se establecen entre los agentes que participan en el establecimiento bajo administración compartida. A partir de las relaciones específicas que se presentan entre ellos o de la influencia que pueden ejercer individualmente sobre el trabajo del establecimiento de salud, se propone la siguiente clasificación:

- i. Por la actitud de las autoridades locales del Ministerio de Salud
- ii. Por las relaciones de poder en el interior del establecimiento, y
- iii. Por el grado de intervención de la comunidad.

2.3.1 *Por la actitud de la autoridad local del Ministerio de Salud*

Las autoridades locales del Ministerio de Salud ejercen influencia sobre: i) la autonomía administrativa y de gestión del establecimiento de salud, y la decisión para adoptar medidas y llevar a cabo actividades de carácter local; ii) la fluidez de los procesos administrativos; iii) el apoyo técnico-asistencial para el cumplimiento de las metas establecidas en el Programa de Salud Local; iv) el apoyo formativo e informativo que mejore las habilidades de los miembros de los CLAS para el cumplimiento de sus responsabilidades de gestión y control social.

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 Programa de Administración Compartida (PAC) están comprometidos con el modelo y apuestan a su buena implementación y funcionamiento, promoviendo 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 operar dada su falta de equipos de soporte contable, financiero y administrativo. Asimismo, constantemente, se experimenta y se aplican estrategias nuevas con la finalidad de replicar los procesos exitosos en otros establecimientos, lo que supone que los CLAS más antiguos se comprometen a asesorar a los recién

formados. En resumen, existe una presencia activa y comprometida de la subregión respecto a los CLAS enmarcados en el Programa.

ii) Actitud ausente

Los responsables del Programa de Administración Compartida asumen una postura distante respecto a la actividad de los CLAS que están bajo su jurisdicción. Comúnmente, la estrategia de intervención es “dejar hacer y pasar”. Se considera que los CLAS tienen autonomía y por tanto deben resolver sus problemas de manera independiente. De manera paralela, se observa una fuerte intervención de los responsables de otros programas de salud 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.

iii) Actitud obstaculizadora

Los responsables del Programa no sólo tienen una actitud distante, sino que incluso se oponen al funcionamiento de los CLAS. La autoridad de la subregión no muestra interés en promover el modelo del PAC y, usualmente, busca el cumplimiento detallado de las disposiciones centrales. No existe un espíritu de riesgo o experimentación de las propuestas novedosas en la gestión de los establecimientos porque ello podría ocasionar fallas o errores que no están dispuestos a asumir en el nivel local.

Para evitar que la gestión local esté fuera de control, se limita la autonomía de los establecimientos al máximo y se establece, por ejemplo, que los directorios de los CLAS no puedan realizar modificaciones en la infraestructura de los locales, ni hacer compras de equipos médicos especializados sin la autorización de la subregión. Los responsables de la subregión permanecen ajenos a la gestión del CLAS, puesto que difícilmente efectúan visitas a los establecimientos y, en algunos casos, los miembros de los CLAS no conocían a la coordinadora del programa local.

2.3.2 Por relaciones de poder en el interior del establecimiento

La instalación y el inicio de operaciones de la modalidad de gestión de los CLAS se llevó a cabo bajo el supuesto de que, automáticamente, los CLAS iban a generar sus equipos de soporte financiero y administrativo. Los CLAS han tenido que enfrentar los nuevos retos, para lo cual han debido adaptar su funcionamiento, sus jerarquías y las cadenas de mando a las características particulares de los representantes del

CLAS. Luego de un par de años de experiencia directa del modelo en la práctica, 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.

El gerente “es el responsable de planificar, coordinar, ejecutar y evaluar las actividades de salud”; asimismo, se le considera “la máxima autoridad en los aspectos técnicos del Establecimiento de Salud”.

Por su lado, los representantes de la comunidad en el CLAS también intentan intervenir en el control de las actividades y decisiones del gerente del establecimiento, así como estar al tanto de las actividades que realiza el personal de salud. Esta situación genera una continua inestabilidad en el modelo, en la medida que, permanentemente, el gerente o los miembros del CLAS están tratando de controlar e intervenir en las responsabilidades del otro. Todo esto se produce dentro del ámbito del establecimiento, por lo que, para utilizar la primera de las categorías que conforman nuestra tipología, vamos a considerar las relaciones de poder que se establecen entre los agentes endógenos que conforman el modelo.

El gerente y los representantes de la comunidad no se relacionan de la misma manera en todos los CLAS visitados. A lo largo de las visitas de campo efectuadas se observó que las relaciones establecidas entre ellos se pueden clasificar en cuatro tipos básicos, con las variaciones obvias que ameriten las particularidades de cada uno de los CLAS. Hay que tener en cuenta que el específico equilibrio de fuerzas entre el gerente y los miembros del CLAS es muy delicado. Cada cambio en cualquiera de las partes modifica y altera en gran medida no sólo la relación entre ellos sino el funcionamiento del establecimiento como un todo. En un mismo CLAS es posible pasar 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 del sistema es manifiesta, ya que depende de las características de personalidad de aquellos que intervienen en la administración del establecimiento, incluyendo a los representantes de la comunidad en el CLAS. La recomposición de fuerzas, funciones y responsabilidades es constante y puede afectar de manera profunda la continuidad en el trabajo del establecimiento de salud.

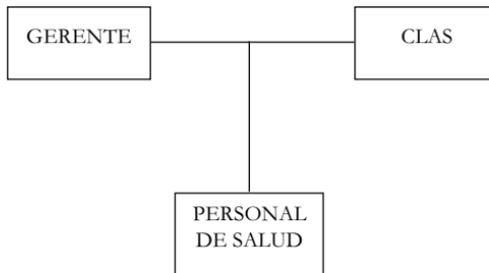
i) Control comunitario: tipo I

El gerente establece una “alianza” con los representantes de la comunidad en el CLAS. 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, puesto que no se sienten respaldados por quien debería velar por los intereses de los profesionales en salud (es decir, el gerente). El personal se siente relegado y piensa que sus puntos de vista no son tomados en cuenta, sobre todo cuando se producen choques o enfrentamientos con los miembros del CLAS y el gerente no los defiende.

En una variante del Tipo I, la alianza entre el gerente y los miembros del CLAS no es conflictiva, ni predomina necesariamente una de las partes, por lo que cada uno puede cumplir sus responsabilidades sin que exista una superposición de funciones. En estos casos, el gerente ha sabido establecer una buena relación con los miembros del CLAS, pero sin descuidar al personal de salud, lo que evita malestares que puedan afectar los servicios que ofrece el establecimiento.

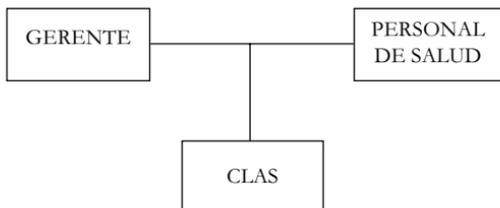
Figura N° 2.2
TIPO I : CONTROL COMUNITARIO



ii) Control médico-técnico: tipo II

En este tipo de relación nuevamente encontramos al gerente estableciendo una alianza, esta vez con el equipo de salud del establecimiento. El médico-jefe y el personal de salud no han asumido la organización que exige la administración compartida, y 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. La labor de los miembros del CLAS es subvalorada y, por lo general, esta relación se da cuando no existe, entre ellos, personas de carácter dominante, o cuando hay un desconocimiento de sus obligaciones y el trabajo colectivo está ausente.

Figura N° 2.3
TIPO II: CONTROL MÉDICO-TÉCNICO

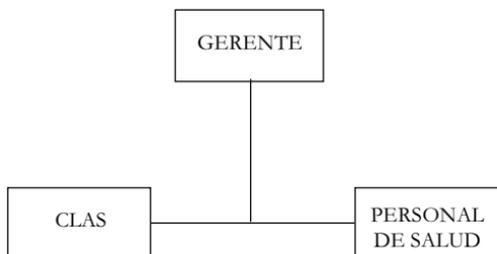


El gerente y el personal de salud no están interesados en involucrar a los miembros del CLAS en las decisiones del establecimiento, de tal forma que ellos mantienen el control total. El problema de este modelo es que la participación comunitaria es nula; los miembros del CLAS pierden interés en sus obligaciones 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, así como en el personal de salud, quienes se sienten maltratados por su jefe inmediato.

Figura N° 2.4
TIPO III: CONTROL GERENCIAL (VERTICAL)

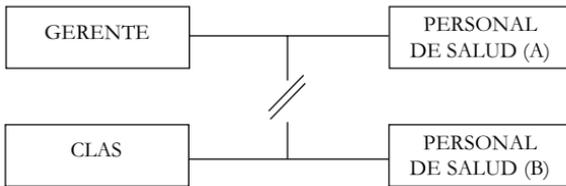


En sus versiones menos estrictas, el modelo es el producto de la personalidad del gerente, quien está involucrado en su trabajo y es elemento clave del funcionamiento y la gestión del establecimiento. Las relaciones con el CLAS o con el personal de salud no son necesariamente conflictivas, y algunas veces la ausencia del gerente significa una baja importante en la capacidad operativa del establecimiento.

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 (“A” y “B”). 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.

Figura N° 2.5
TIPO IV: CONTROL DIFUSO



2.3.3 *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: i) contexto de intervención comunal alta, cuando el establecimiento de salud con CLAS se encuentra ubicado en un asentamiento humano o «pueblo joven»; y ii) 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.

2.4 Percepción de los agentes involucrados en el desempeño de los CLAS

A través de las diferentes entrevistas y contactos personales queda claro que las percepciones de los agentes que intervienen de manera “endógena” en la adminis-

tración compartida varían de acuerdo con sus intereses particulares, experiencia social y valores propios. También existen puntos de convergencia en las opiniones de los agentes que participan, lo que permite guiar el trabajo de cada uno de los CLAS hacia un horizonte común. 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.

La meta del establecimiento de salud según la cual se busca obtener un 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.

Los gerentes tienen una visión más completa de la problemática en salud, aunque no escapan del todo a la identificación de que las necesidades materiales son las prioritarias. Ello se vincula con el abandono sistemático, tanto en recursos materiales como humanos, que han sufrido durante años los establecimientos de salud administrados por el MINSA. La preocupación por lo material y los aspectos externos del establecimiento de salud por parte de los representantes de la comunidad también se pone de manifiesto a través de la encuesta que se aplicó a cada uno de ellos.

Cuadro N° 2.1
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
Materiales	49%	42%
Gestión	38%	48%
Capacitación	4%	6%
Integración	4%	0%
Administración	3%	3%
Cogestión	1%	0%
Equidad	1%	0%

1/ La categoría de “capacitación” se refiere a la formación permanente del personal médico y técnico; la de “integración”, a la relación del establecimiento con la comunidad; y la de “cogestión”, a la realización de actividades conjuntas con otros organismos.

Fuente: Guía de entrevistas a miembros de los CLAS 1997.

Elaboración propia.

Cuando se les preguntó qué mejoras necesita el establecimiento de salud, el 49% se refirió a aspectos materiales, que comprenden mejoras en infraestructura, ampliación del local, compra de equipos médicos, compra de ambulancias (ver Cuadro N°2.3). Los aspectos de gestión fueron mencionados por un 38%; se incluyen aquí la mejora del trato del personal, el aumento de especialidades médicas, el aumento de personal, entre otros. En otras palabras, se aludió precisamente a los dos factores mencionados como ausentes: recursos materiales y recursos humanos. En el caso de los gerentes, las prioridades se invirtieron, ellos privilegiaron los aspectos de gestión (48%), aunque se mostraron muy preocupados por los aspectos materiales del establecimiento (42%).

En el ámbito de los establecimientos estudiados, entre el 15% y el 25% de los usuarios fueron exonerados de pagos -en el nivel nacional, según la ENNIV 97, la tasa de exoneración es 25% en los CLAS y 17% en los establecimientos de gestión central (véase el Cuadro N° 2.7)-. Los gerentes y los miembros de la comunidad revelan sus preferencias en la promoción de una mejor infraestructura y la ampliación de la variedad de servicios de salud; sin embargo, en la práctica, la política de exoneraciones a las personas de bajos ingresos tiene un mejor desempeño en los CLAS que en los establecimientos de gestión tradicional, tal como lo ilustran los resultados del Cuadro N° 2.7.

En el Cuadro N° 2.2, se comparan las opiniones de estos agentes endógenos con la de los usuarios de los establecimientos, quienes establecen sus prioridades respecto a los servicios de salud. Estos aspectos se clasificaron sobre la base de tres grupos de importancia: alta (A), media (M), y baja (B).

Los gerentes del CLAS y los usuarios clasifican de alta prioridad el trato y la preparación del personal de salud. Los representantes de la comunidad en el CLAS otorgan una mayor importancia a los aspectos del servicio relacionados con el local y el equipamiento de salud; el trato y la preparación del personal de salud son aspectos del servicio que tienen una prioridad media. Los resultados del Cuadro N° 2.2 nos indican que es probable que exista un conflicto de objetivos entre los representantes de la comunidad y los gerentes del CLAS, y que estos últimos tienden a mostrar preferencias similares a los usuarios.

2.5 Características de la participación comunitaria

En 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 pa-

Cuadro N° 2.2
 IMPORTANCIA QUE ASIGNAN LOS AGENTES Y LOS USUARIOS
 A LOS ASPECTOS DEL SERVICIO DE SALUD DE LOS CLAS

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

norama 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. Este hecho podría explicar la razón por la cual son muy pocos los usuarios de los CLAS y los pobladores de la zona que tienen conocimiento de la participación de los miembros de la comunidad en el establecimiento.

Sin embargo, la escasa representatividad de los miembros del CLAS no implica necesariamente que exista el peligro de elegir a personas cuyos únicos intereses sean

individuales o que intenten aprovecharse de los recursos colectivos, sobre todo si se considera que la mayor parte son miembros o ex miembros de reconocidas 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. No obstante, las responsabilidades en el establecimiento suponen una dedicación de tiempo mayor a la prevista antes de asumir las funciones de representante; por ello, la adopción de incentivos económicos, que compensen sus costos de oportunidad, comienza a ser bien vista por los representantes de la comunidad que realizan trabajo voluntario.

Entonces, 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, algunas con experiencia previa en alguna organización de base del barrio, pero cuya característica fundamental es que residen en la zona de jurisdicción del establecimiento de salud. Estos individuos conforman una asociación civil (el CLAS) que es la que va a firmar el contrato con el MINSA. La comunidad, entonces, a pesar de lo que pudiera creerse, no tiene relación directa con el Ministerio. Identificar esta característica es fundamental puesto que el modelo implica el compromiso de individuos cuya legitimidad es aceptada más que otorgada de manera representativa por la colectividad en general. Cabe mencionar también que todos 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, y los miembros de la comunidad intervienen en su administración, aunque no disponen de ellos.

2.6 El desempeño de los establecimientos CLAS en el sistema de salud: equidad en el acceso y en el financiamiento

Según los resultados de la Encuesta de Hogares ENNIV 1997, recopilada por el Instituto Cuánto S.A sobre un total de 3,840 viviendas en el ámbito nacional y 20,000 individuos, los establecimientos CLAS ofrecieron el 2.1% de las consultas en el ámbito nacional y el 7.4% de las consultas otorgadas por los puestos y centros de salud.

Cuadro N° 2.3
CONSULTAS DE SALUD SEGÚN ESTABLECIMIENTO
(En miles de personas en un 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 FFAA-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.

Respecto a la equidad en el acceso existe evidencia según la cual los establecimientos CLAS están cumpliendo un mejor desempeño que los puestos y centros de salud del MINSA o bajo gestión centralizada. 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.

El 77.4% de las atenciones de salud efectuadas en los CLAS fueron realizadas por médicos; el 2.9%, por dentistas; el 4.2%, por la obstetriz; el 9.5%, por la enfermera; y el 5.7%, por un sanitario o promotor de salud. Los establecimientos que se encuentran bajo la gestión de los CLAS presentan una mayor participación de la

obstetrix y el sanitario en las atenciones de salud que en el caso de los puestos y centros de salud bajo administración central.

En cuanto a las características de los pacientes que se atienden en los CLAS, se encuentra 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.

Cuadro N° 2.4
CONSULTAS DE SALUD SEGÚN LUGAR DE CONSULTA
Y PERSONA QUE LO ATENDIÓ
(Miles de consultas en 4 semanas)

Lugar de consulta	Persona que atendió en la consulta					
	Médico	Dentista	Obstetrix	Enfermera	Otros	Total
Hospital MINSA	746,438	21,291	15,409	15,306	3,461	801,906
Establecimiento IPSS	822,793	15,177	8,237	5,217	5,662	857,086
Hospital FFAA-P.N.	95,995	1,737			1,379	99,111
Clínica	100,944	4,310	1,396		0	106,650
Centro o puesto de salud MINSA	1,020,743	21,399	23,519	134,196	25,172	1,225,029
Centro o puesto de salud CLAS	77,433	2,951	4,226	9,505	5,947	100,062
Centro de salud parroquial	51,705	753		2,166	6,947	61,570
Consultorio particular	467,978	55,846	2,816		10,293	536,933
Puesto sanitario/comunal	28,371	1,636		3,012	25,794	58,814
Farmacia-botica	8,475				716,623	725,098
Vivienda particular	69,347		2,529	16,006	92,023	179,903
Otro	45,674	6,236	872	6,378	19,590	78,751
TOTAL	3,535,896	131,336	59,003	191,785	912,892	4,830,911

Fuente: ENNIV 97, Instituto Cuánto S.A.

Elaboración propia.

Los pacientes de los establecimientos CLAS son personas que viven en condiciones precarias. Un 15.9% de ellos habita en viviendas que se ubican en zonas de invasión, y sólo un 19.6% habita en viviendas con paredes de ladrillo o bloque de cemento. El piso predominante de las viviendas de la mayoría de los pacientes CLAS (79.54%) es la tierra. Sólo un 24.4% de los pacientes CLAS recibe abastecimiento de agua dentro de la vivienda, mientras que un escaso 12.7% tiene conexión de desagüe con la red pública dentro de la vivienda. Adicionalmente, sólo 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.

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 N° 2.5).

Otro hallazgo interesante es que los usuarios de los quintiles inferiores de ingreso reportan el mayor grado de satisfacción relativa por la atención de salud recibida en los establecimientos CLAS en comparación con 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% en los quintiles I y II manifestaron su satisfacción respecto al servicio.

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.

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) reportaron menores tiempos de espera que los usuarios más pobres en los centros o puesto de salud del MINSA (véase Cuadro N° 2.6).

Cuadro N° 2.5
 ATENCIÓN DE SALUD REPORTADA COMO SATISFACTORIA
 POR LOS USUARIOS SEGÚN PROVEEDOR Y QUINTIL
 DE GASTO PER CÁPITA 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.

En cuanto a la calidad de los servicios y el acceso de los más pobres, los establecimientos CLAS están cumpliendo un buen desempeño con relación a los puestos y centros de salud bajo la modalidad de gestión centralizada. Es interesante evaluar cuáles son los grupos de la población que acceden a las consultas de salud en forma gratuita, y quiénes son los usuarios que pagan por las atenciones de salud en los centros o puestos de salud del MINSA y en los CLAS.

Existe una mayor tasa de exoneración de cobros en los CLAS que en las formas de gestión centralizada del MINSA: el 25.1% y el 17.4% de los usuarios de las

Cuadro N° 2.6
 TIEMPOS DE ESPERA PARA LA ATENCIÓN DE SALUD:
 SEGÚN PROVEEDOR Y QUINTIL DE GASTO PER CÁPITA FAMILIAR
 (Porcentajes)

Tiempo de espera-Proveedor	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
De 0 a 15 minutos	48.2	34.0	28.6	37.2	35.6	35.4
De 16 a 30 minutos	0.0	26.0	21.4	23.0	21.5	20.2
De 30 a más minutos	51.8	40.0	50.0	39.8	42.9	44.4
Establecimiento IPSS	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
De 0 a 15 minutos	42.0	20.6	33.2	24.8	25.2	26.5
De 16 a 30 minutos	0.0	25.1	16.8	20.2	28.9	23.0
De 30 a más minutos	58.0	54.3	50.0	55.0	45.9	50.5
Centro - Pto. Salud MINSA	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
De 0 a 15 minutos	56.4	47.5	43.9	36.8	28.2	42.8
De 16 a 30 minutos	25.2	29.2	23.9	28.6	37.5	28.5
De 30 a más minutos	18.4	23.3	32.2	34.6	34.3	28.7
Centro - Pto. Salud CLAS	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
De 0 a 15 minutos	78.3	87.2	70.3	56.1	32.1	74.7
De 16 a 30 minutos	14.3	10.6	20.9	29.3	67.9	19.1
De 30 a más minutos	7.3	2.3	8.8	14.6	0.0	6.2
Sistema de Salud-Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
De 0 a 15 minutos	63.5	56.6	54.5	51.3	49.2	53.8
De 16 a 30 minutos	18.2	20.0	17.6	19.0	23.6	20.0
De 30 a más minutos	18.3	23.4	27.9	29.7	27.1	26.1

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

modalidades de gestión mencionadas no realizaron pago alguno por la atención recibida. Asimismo, la exoneración de los CLAS está mejor focalizada que la de los establecimientos bajo gestión centralizada, puesto que una mayor proporción de usuarios del Quintil I y II (los más pobres) no pagan en los establecimientos CLAS. Por otro lado, 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.

Respecto al caso de los centros o puestos de salud del MINSA, los CLAS han logrado definir criterios más apropiados para identificar a los grupos de bajos ingresos y darles acceso gratuito a las consultas. Con relación a los precios de consulta pagados, el 99% y el 96.1% de los usuarios por consulta en los CLAS y el MINSA, respectivamente, pagaron menos de 10 nuevos soles. Cabe señalar que, en el caso de los CLAS, la tasa incluye acceso a todos los servicios y programas de salud que ofrece el CLAS.

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 aún no han logrado desarrollar las capacidades de sus laboratorios y rayos X; ello explica la baja atención de dichos servicios en los mencionados establecimientos.

Cuadro N° 2.7
EXONERACIÓN DEL COBRO DE LA CONSULTA DE SALUD:
SEGÚN QUINTIL DE GASTO
(Porcentajes)

Proveedor	Quintil	Quintil	Quintil	Quintil	Quintil	Total
	1	2	3	4	5	
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

Fuente: ENNIV 97, Instituto Cuánto S.A.

Elaboración propia.

En el caso de los CLAS, el pago de los servicios de análisis, radiografías u otros no discrimina según la capacidad adquisitiva de los usuarios. Ello no ocurre en los establecimientos MINSA, donde los usuarios de los quintiles de gasto superiores sí pagan por los referidos servicios. En promedio, el 12% de los usuarios de los quintiles III, IV y V pagaron por dichos servicios. Adicionalmente, en los establecimientos del MINSA, las tarifas de los servicios de análisis y radiografías son diversas: 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 a los usuarios. No es de extrañar entonces -de acuerdo con el estudio de casos que se discutirá en la sección 3- que una de las mayores preocupaciones de los usuarios

de los CLAS -cuando se les pregunta sobre el aspecto que el CLAS debe mejorar sea la implementación de los servicios de consulta y de laboratorio.

En resumen, los resultados de la Encuesta de Niveles de Vida 1997 presentan evidencias de que el desempeño de los centros o puestos de salud CLAS, comparado con el de los establecimientos similares del MINSA, es relativamente mejor. Este desempeño superior se refiere a la equidad en el acceso y el financiamiento; en otras palabras, los CLAS llegan mejor a los más pobres, cobran menos, y obtienen mejores indicadores de satisfacción reportados por los usuarios.

3. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA A USUARIOS DE SERVICIOS DE SALUD CLAS 97

A continuación, sobre la base de una encuesta a usuarios en un grupo seleccionado de establecimientos CLAS, se analizarán detalladamente los factores asociados a la calidad de los servicios de los CLAS y la equidad en la prestación de servicios de acuerdo con los tipos de CLAS que se han identificado en la presente sección del documento.

3.1 Características de la atención de salud en los CLAS

Del total de usuarios que visitan los CLAS de Lima, un 69.5% acude por una consulta médica; un 10.5%, por planificación familiar y vacunación; y un 6.9%, por control del niño. En los CLAS de La Libertad, un 55.1% de los usuarios acude por una consulta médica; un 12.2%, por control del niño; y un 11.2%, por planificación familiar y vacunación. En los CLAS de Junín, un 72.9% acude por una consulta médica; un 8.2%, por planificación familiar y vacunación; y un 5.9%, por control del niño.

Con relación al personal que atiende a los pacientes en el establecimiento, en los CLAS de Junín se registra el menor porcentaje de pacientes que son atendidos por un médico (44.7%); por el contrario, en los CLAS de Lima, el porcentaje de pacientes atendidos por un médico es el mayor (61.2%).

En los CLAS de Junín la proporción de usuarios atendidos por una enfermera u obstetrix es significativa (40% de los pacientes). En los CLAS de La Libertad, aproximadamente un 30% de los pacientes son atendidos por técnicos de salud o una obstetrix; mientras que, en los CLAS de Lima, aproximadamente un 31% de los pacientes son atendidos por una obstetrix o una enfermera. En promedio, alrededor del 71% expresó que se atendía en el CLAS por la cercanía a su domicilio; sin embargo, también se argumentaron otras razones: un 13% afirmó que se atendía

en ese CLAS porque éste contaba con un buen personal de salud, y el siguiente 8% lo hacía por el precio de la 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 en los cuales la intervención de la comunidad es alta. El 61.5% de los entrevistados de los CLAS con alta intervención comunal tuvieron una primera atención en salud; mientras que en los CLAS con baja intervención comunal, el porcentaje fue de 53.7%. Los datos de la encuesta de demanda de servicios de salud CLAS 97 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.

De las personas que sí tenían algún malestar, dolencia o enfermedad en el momento de su atención, el 25.7% tenía una enfermedad relacionada con las vías respiratorias y el 11.5% presentaba problemas gastrointestinales. Por otro lado, estas mismas personas buscaron atención médica relativamente rápido: el 50.1% manifestó que había tenido el malestar, la dolencia o la enfermedad durante menos de una semana; y el 5.4%, entre una y dos semanas.

Antes de que existiera el establecimiento donde se entrevistó al paciente, el 30% indicó que acudía para sus prestaciones de salud a otros puestos o centros de salud; el 28.3%, a un hospital del MINSA. Sólo el 5.4% afirmó que acudía a una clínica o consultorio privado para sus prestaciones de salud. En cuanto al tipo de servicio que los pacientes recibieron en esos 'otros establecimientos', la opción de medicina general fue mencionada por un 36% y la de servicios de un especialista por un 33.7%.

3.2 Indicaciones/tratamiento/información

La mayoría de los usuarios (68%, en promedio) señaló que, usualmente, la curación del malestar o la enfermedad en el CLAS era satisfactoria. A esto contribuye, parcialmente, el hecho de que alrededor del 90% de los usuarios recibió explicaciones de cómo aplicar o seguir las indicaciones médicas y que, de este grupo de personas, aproximadamente el 84% entendió todo o gran parte de la explicación que recibió. Adicionalmente, en promedio, el 89.5% de los entrevistados manifestó que, generalmente, seguía las indicaciones formuladas por el doctor o enfermera, ya sea en forma completa o parcial.

En el ámbito subregional existen diferencias sobre la participación del usuario en el tratamiento. El 51.8% de los entrevistados en 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. Los resultados podrían estar asociados con el nivel educativo de la población. Personas con educación relativa mayor tienen la capacidad de buscar mayor información del personal de salud sobre su enfermedad o dolencia.

En cuanto al tipo de información que el paciente recibió, ésta se puede desagregar en información adicional relacionada con el tratamiento, información sobre prevención de enfermedades e información dada pero no solicitada.

Respecto al primer tipo de información, en los CLAS de Lima, el 12% de los entrevistados recibió indicaciones sobre hábitos alimenticios; el 10.7%, sobre hábitos de higiene; y el 7.8% no recibió indicación alguna. En contraste, en los CLAS de Junín y La Libertad, por separado, cerca de un 20% no recibió indicación adicional alguna de quien lo atendió. Para el caso de Junín, este último porcentaje se incrementa aun más que en otras subregiones si se tiene en cuenta el porcentaje de personas que no recibió información sobre prevención de enfermedades. En el caso de La Libertad y Lima, un 37.8% y un 40%, respectivamente, sí recibió información adicional sobre la prevención de enfermedades: hábitos de higiene, nutrición y hábitos de vida.

De acuerdo con el contexto de intervención comunal en el que se encuentran los CLAS, encontramos que los pacientes miembros de comunidades con alta intervención (en zonas urbano marginales) tienden a recibir mayores indicaciones de parte del médico/enfermera que los atendió que los pacientes de comunidades de baja participación (en zonas urbano/rurales). Las mayores diferencias porcentuales ocurren en indicaciones que están relacionadas con la mejora de hábitos alimenticios y de higiene. Los diferentes porcentajes se muestran en el Cuadro N° 3.1.

Los pacientes de los CLAS donde la intervención de la comunidad es alta suelen, en general, recibir más indicaciones que los pacientes de los CLAS donde la intervención de la comunidad es escasa. La necesidad de corregir este sesgo es urgente porque se observa que los pacientes que acuden a los CLAS donde la intervención de la comunidad es baja pertenecen a zonas rurales o urbanas; y, de acuerdo con la muestra, éstos viven en condiciones más precarias que los pacientes de zonas urbano-marginales (donde la intervención de la comunidad es alta).

En el Cuadro N° 3.2 se observa que los CLAS con baja intervención comunal tienen, en términos porcentuales, un menor acceso a agua potable por red pública dentro de la vivienda, a servicios de desagüe conectado a la red pública dentro de la vivienda, y al servicio municipal para la recolección de basura.

Cuadro N° 3.1
¿QUÉ INDICACIONES LE DIO EL MÉDICO/ENFERMERA
QUE LO ATENDIÓ?

Indicaciones/Contexto de intervención comunal	Baja (urbano/ rural)	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.

Cuadro N° 3.2
PERFIL SOCIOECONÓMICO SEGÚN CONTEXTO
DE INTERVENCIÓN

Perfil socioeconómico/Contexto de intervención comunal	Baja (urbano/ rural)	Alta (urbano marginal)
Abastecimiento de agua: red pública dentro de la vivienda	40.6%	64.9%
Servicio de desagüe conectado: red pública dentro de la vivienda	29.8%	65.9%
Basura: servicio municipal	49.2%	87.5%

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

Elaboración propia.

3.3 Trato al usuario

Los usuarios de los centros de salud CLAS se mostraron satisfechos con el servicio personal que recibieron: el 94.3% de personas señaló que la persona que lo atendió se mostraba agradable, amable o atenta; y el mismo porcentaje de entrevistados afirmó que estuvo 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.

En cuanto a la atención en caja, en promedio, un 86.1% pensó que la persona que lo atendió se mostraba agradable/amable/atenta. En los CLAS de Lima ese porcentaje (90.3%) fue relativamente mayor al de los de La Libertad (76.5%) y Junín (75.4%). En el triaje, un 89.4% de las personas atendidas en los CLAS de Lima consideró que la persona que lo atendió se mostraba agradable/amable/atenta. Este porcentaje fue relativamente menor para los CLAS de La Libertad (70.9%) y Junín (79.8%).

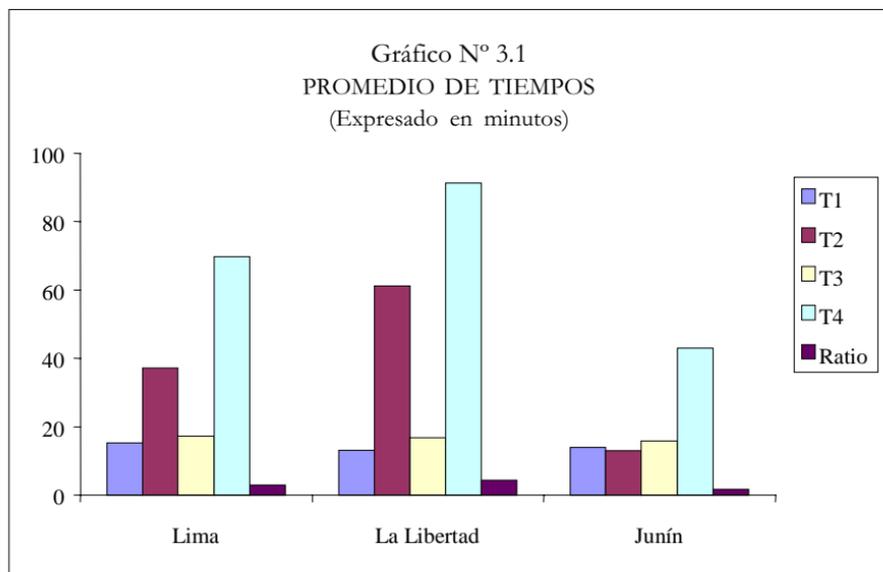
Otra manera de analizar el trato al usuario se determina por el tiempo destinado a recibir la atención de salud en el establecimiento (ver Cuadro N° 3.3 y Gráfico N° 3.1). T_1 es el tiempo de viaje hasta el establecimiento. T_2 es el tiempo total de espera que incluye el tiempo de espera en caja, el 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.

Cuadro N° 3.3
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.



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

No hay variación significativa en los tiempos de transporte, ni en los tiempos de atención. Sin embargo, sí se encuentran significativas diferencias en los tiempos de espera: en los CLAS de La Libertad, 61 minutos; en los CLAS de Lima, 37 minutos; y en Junín, 13 minutos.

En la Libertad, el componente tiempo de espera para ser atendido en el establecimiento resulta ser el mayor (41 minutos) en Lima, el intermedio (25 minutos) en La Libertad, y el menor (7 minutos) en Junín. Por ello, el 43.9% de los entrevistados en Junín consideró que el tiempo de espera fue breve, algo que no sucedió en Lima o La Libertad, donde sólo el 15.6% y el 10.7%, respectivamente, opinaron de esa forma.

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). El Gráfico N° 3.1 muestra que los tiempos de duración de pago en caja, espera para atención en triaje y espera para atención en consultorio

son siempre superiores para los CLAS de La Libertad y siempre menores para los CLAS de Junín.

3.4 Factores de demanda del usuario

Los factores de demanda analizados en la encuesta fueron las facilidades de acceder a los servicios del establecimiento: cercanía y tarifas. En cuanto al primer factor, el 88.6% de los pacientes respondió que el establecimiento CLAS era el centro de salud más cercano a su hogar, porcentaje que se respalda en el poco tiempo (14.1 minutos en promedio) que demora la gente en llegar al lugar si se considera que la gran mayoría se dirige al establecimiento de salud caminando (81.8). El 55.3% consideró que el tiempo que toma llegar al lugar de atención fue normal, y el 31.6% que era breve. Aparte de ir caminando, porcentajes poco significativos se dirigen al CLAS en microbús o ‘combi’ (9.8%) o en taxi/mototaxi (5%).

El Cuadro N° 3.4 ilustra los gastos realizados en el establecimiento y los que tentativamente se harían. Dentro del primer rubro se hallan los pagos por consulta, por análisis o exámenes complementarios y por medicinas recetadas. El segundo rubro está compuesto por las cantidades máximas que el paciente estaría dispuesto a pagar por consulta y por un seguro de atención médica.

Cuadro N° 3.4
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.

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. Los pacientes de los CLAS de La Libertad fueron los que más pagaron por estos análisis, S/. 12.2; seguidos por los pacientes de Lima, S/. 5.6; y los de Junín, S/. 0.8. Los gastos en medicinas en La Libertad resultaron los mayores, S/. 10.3, seguidos por Lima con S/. 8.4 y Junín con S/. 7.4.

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 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 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 máxima cantidad que puede pagar el paciente, un 43.9%, 40.3% y 34.9% para Junín, La Libertad y Lima, respectivamente, no se atendería en ningún otro establecimiento. No obstante, se encontraron porcentajes significativos de pacientes que se atenderían en puestos o centros de salud del MINSA, o en algún hospital del mismo Ministerio; 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%.

El 80% de los usuarios de los CLAS de la muestra carecía de seguro médico; los que contaban con él son, en su mayor parte, aportantes del IPSS (44%); aunque un porcentaje menor (28.5%) posee, además del seguro del IPSS, un seguro privado.

Según quintiles de ingreso no encontramos una gran variación en los pagos por consulta entre los diferentes quintiles. Esto implica que no existe una discriminación en el pago de la consulta de acuerdo con los distintos niveles de ingreso de los pacientes. 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 N° 3.5 se puede apreciar que en el quintil más bajo de ingresos (ingresos menores a S/.400), 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. En promedio, el 47.8% de los pacientes paga entre S/.0 y S/.2.4 soles por consulta, y el 44.11% paga entre S/.2.5 y S/.4.9 soles por consulta.

Por otro lado, no se encuentra una variación significativa en las disposiciones a pagar según quintiles de ingresos. El 4% de los usuarios de los establecimientos CLAS no están dispuestos a pagar por mejoras en los servicios de atención de salud. Cabe señalar que el 70% de los entrevistados y usuarios actuales de los establecimientos CLAS estaría dispuesto a pagar una tarifa por encima de los precios de consultas vigentes si se lograra mejorar la calidad de los servicios.

Cuadro N° 3.5
PAGOS DE CONSULTA SEGÚN QUINTILES DE INGRESO

Tarifa/Quintil	Menos de S/.400 y S/.400 I	Entre S/.400 y S/.530 II	Entre S/.530 y S/.720 III	Entre S/.720 y S/.1040 IV	Más de S/.1040 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.

Cuadro N° 3.6
DISPOSICIÓN A PAGAR POR NIVELES DE INGRESO
(En quintiles)

Monto/Quintil	Menos de S/.400 I	Entre S/.400 y S/.530 II	Entre S/.530 y S/.720 III	Entre S/.720 y S/.1040 IV	Más de S/.1040 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.

El Cuadro N° 3.6 señala que el 11% de los entrevistados del quintil inferior (menos de S/.400 mensual) y el 15% del quintil superior (más de S/.1,040 mensual) están dispuestos a pagar más de 5 nuevos soles por consulta. En promedio, cerca del 52% de los pacientes estaba dispuesto a pagar entre S/.0 y S/.4 soles por consulta, y cerca del 38% de los pacientes estaba dispuesto a pagar más de S/.4 por una atención de salud.

Una información adicional nos permite calificar qué tipo de servicio (normal o inferior) es el CLAS para sus usuarios: se encontró que el 55% lo consideró un servicio inferior; es decir que si tuviera mayores ingresos se iría a un consultorio o clínica privada; sin embargo, para el 43.4% es un servicio normal, pues no iría a otro lugar ante una variación de sus ingresos.

3.5 Sugerencias para mejorar el servicio

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 Junín, 28.8%, 12.1% y 12.9%, en todos los casos respectivamente (ver Cuadro N° 3.7). Si todos esos cambios se efectuaran, el 84.4% en Lima, el 81.2% en La Libertad y el 70.1% en Junín estarían dispuestos a pagar más por los servicios ofrecidos si fuera necesario para acceder a ellos.

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 N° 3.8).

La especialidad en niños presentó un porcentaje de incidencia de 35.6% en Lima, 25.7% en Junín y 19.5% en La Libertad; en el caso del especialista en ojos, los porcentajes fueron 10.6% en Lima, 7.4% en Junín, y 14% en La Libertad. Cabe resaltar que el porcentaje de pacientes indecisos fue el más alto en los CLAS de Junín.

3.6 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 adminis-

Cuadro N° 3.7
 SI USTED PUDIERA, ¿QUÉ CAMBIOS O MEJORAS
 HARÍA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?
 (Expresado en 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 y 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.

Cuadro N° 3.8
 SI ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD TUVIERA
 MÁS RECURSOS PARA ABRIR OTROS SERVICIOS O
 ESPECIALIDADES, ¿CUÁLES CREE QUE DEBERÍA BRINDAR?

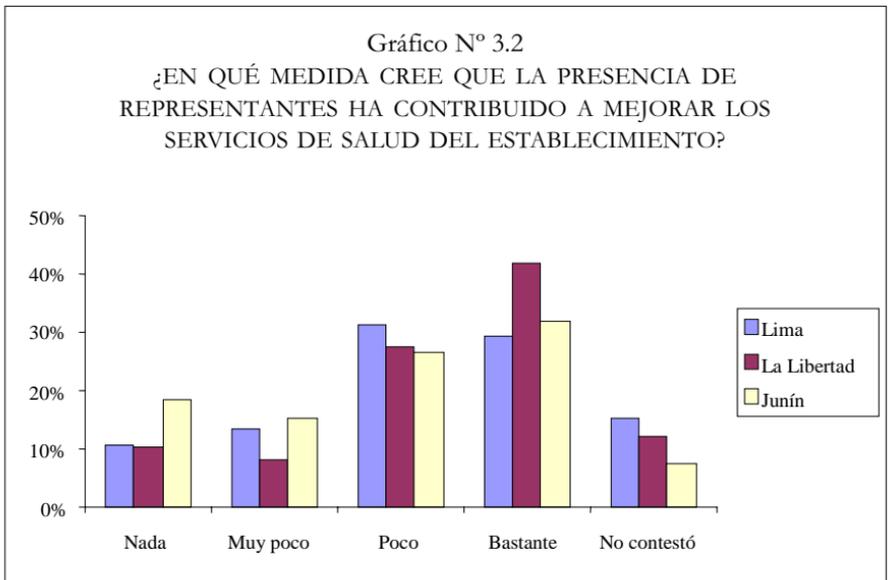
Especialidad/región	Lima	La Libertad	Junín	Total
Especialista en niños	35,6%	19,5%	25,7%	31,4%
Especialista en el corazón	4,7%	8,8%	5,4%	5,6%
Especialista en ojos	10,6%	14,0%	7,4%	11,0%
Especialista en oídos	6,5%	7,8%	5,4%	6,7%
Especialista en dientes	1,8%	9,8%	2,0%	3,5%
Servicio de laboratorio	7,8%	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.

trado 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. Adicionalmente, el 84.6% no sabía que los representantes de la comunidad habían convocado a reuniones para informar sobre la labor que se había llevado a cabo.

Respecto a la presencia de representantes de la comunidad en la administración del centro de salud, se obtuvieron respuestas variadas por subregiones. 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.



Fuente: Encuesta de Demanda por Servicios de Salud CLAS 1997.

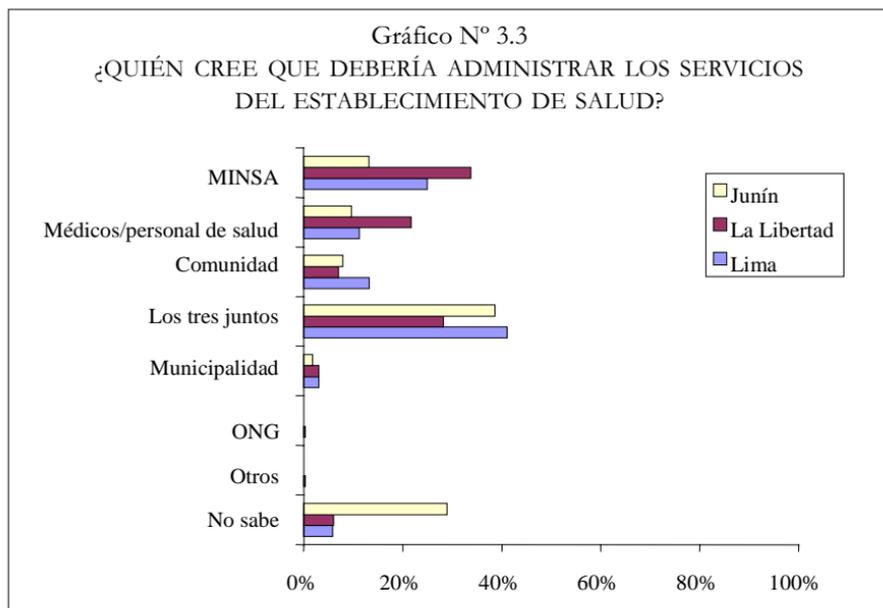
Elaboración propia.

Las opiniones sobre los beneficios de la presencia de los representantes de la comunidad en el CLAS son algo diferentes. Un alto porcentaje de los usuarios de La Libertad responde 'bastante'; en Lima, la respuesta se concentra en 'poco' y 'bastante';

mientras que, en Junín, la tasa más alta de respuesta corresponde a ‘nada’ o ‘poco’. Estos resultados pueden estar asociados con la antigüedad del CLAS: los CLAS más recientes de la muestra se encuentran localizados en Junín.

A los 202 entrevistados que conocían sobre la participación de los miembros de la comunidad en el CLAS se les pidió evaluarlos en diferentes aspectos: mejoras en las necesidades de atención de salud de la población, educación sobre prevención y enfrentamiento de enfermedades, cobertura de atención y medicinas a los más pobres, tarifas bajas, mejoras en el trato del personal de salud, captación de personal de salud más capacitado y preparado, difusión sobre su gestión, representatividad de la población en cuanto a reclamos y sugerencias, mejoras del local y equipamiento técnico, y ampliación de servicios y especialidades.

Por lo general, los entrevistados creen que la comunidad debería participar en la administración de los servicios de salud, puesto que la mayoría se inclina por una administración tripartita: MINSA, comunidad y personal de salud. Los casos extremos, es decir, aquellos en los que sólo la comunidad o el personal de salud administrarían los centros de salud, fueron las alternativas menos deseadas por los usuarios entrevistados (ver Gráfico N° 3.3).



3.7 Nivel de satisfacción del usuario

Para evaluar la satisfacción del usuario se pidió a este último que opinara sobre los diversos servicios ofrecidos. Sobre la base de las respuestas se construyó un índice global de satisfacción del usuario: anterior y actual. Mientras que 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 uno. Un índice cercano a cero es indicador de una baja satisfacción mientras que uno cercano a uno supone una alta satisfacción (ver Cuadro N° 3.9).

Cuadro N° 3.9
ÍNDICES DE SATISFACCIÓN POR ACTITUD REGIONAL

Tipo de subregión/índice		Índice global I ₁	Índice de satisfacción I ₂	Índice físico I ₃	Índice costos I ₄
Involucrada	Índice actual	0,63	0,67	0,58	0,63
	Índice anterior	0,46	0,50	0,40	0,48
	Variación %	36,6%	35,4%	45,3%	32,6%
Ausente	Índice actual	0,59	0,62	0,56	0,6
	Índice anterior	0,45	0,48	0,40	0,47
	Variación %	31,7%	31,4%	39,4%	28,5%
Obstaculizadora	Índice actual	0,60	0,62	0,55	0,63
	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.

Los índices globales de satisfacción actual y anterior constan de tres subíndices: índice de satisfacción por servicios del personal, I-2; índice de satisfacción por características físicas, I-3; índice de satisfacción por costos, 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 como-

didad del sitio de espera y del consultorio donde se atendió; la disponibilidad de medicinas; y el local y el equipamiento del centro de salud. I-4 incluye la satisfacción del usuario respecto al costo del servicio recibido, y el costo de las medicinas. El índice global (I_1) es el promedio aritmético de los diferentes aspectos del servicio.

El Cuadro N° 3.9 muestra que los pacientes han percibido un cambio positivo en la atención de los CLAS: 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 obstaculizadora (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. El mismo patrón se encuentra en el índice de características físicas: 42%, 33% y 26%, respectivamente.

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. Esta influencia se manifiesta en el grado de 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 MINSAs: involucrada (La Libertad), ausente (Lima), y obstaculizadora (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 N° 3.10 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. De este modo, la mejora en el nivel de satisfacción del usuario es más significativa para los usuarios que acuden a los CLAS que están en una subregión donde la autoridad local tiene un actitud involucrada; 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 de que los establecimientos están bajo una gestión de control comunitario, los resultados en la satisfacción son aun mejores.

Cuadro N° 3.10
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	Tipo de CLAS				
	Actitud de la autoridad local	Control comunitario	Médico técnico	Gerencial vertical	Control difuso
I ₁	Involucrada	47,2%		34,8%	
	Ausente	27,7%	11,6%		56,7%
I ₂	Obstaculizadora	12,8%	22,8%		
	Involucrada	47,0%		33,4%	
I ₃	Ausente	27,9%	10,1%		54,6%
	Obstaculizadora	20,0%	21,9%		
I ₄	Involucrada	59,8%		43,1%	
	Ausente	33,5%	33,8%		71,0%
I ₄	Obstaculizadora	12,0%	26,2%		
	Involucrada	40,4%		31,2%	
I ₄	Ausente	25,2%	8,0%		49,7%
	Obstaculizadora	1,6%	18,2%		

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

Elaboración propia.

El Cuadro N° 3.10 muestra los porcentajes de variación de los índices de satisfacción del usuario por tipo de CLAS y por tipo de actitud de la autoridad local de la subregión de salud. En la subregión involucrada se encontraron dos tipos organizacionales de CLAS: control comunitario y gerencial-vertical. 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. Esta observación se corrobora si se recuerda que las preocupaciones básicas 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 una repercusión directa en la calidad de atención que se brinda a la población.

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. Estas diferencias se deben principalmente a divergencias en la variación de los índices de satisfacción por servicios del personal y por costos.

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 suelen ser continuos y permanentes, aunque velados. Es decir, el conflicto no anula la capacidad de los profesionales de brindar los servicios de salud. Una situación como ésta, que implica una inestabilidad en las relaciones humanas dentro del establecimiento, y que repercute en los servicios que se ofrecen, hacía esperar que las variaciones en los índices de satisfacción fueran una de las más bajas en comparación con otros tipos de CLAS.

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%.

Para explicar estos resultados, debe recordarse que la implementación del modelo CLAS representa en sí misma una mejora institucional sobre la organización, administración e implementación técnica del establecimiento de salud preexistente (las variaciones porcentuales positivas en los niveles de satisfacción del individuo en el Cuadro N° 3.10 refuerzan esta afirmación). En esta medida, cuanto más incipientes hayan sido los recursos del establecimiento, tanto humanos como económicos, mayores serán las mejoras marginales que los usuarios percibirían 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 obstaculizadora por parte de la autoridad local, 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 obstaculizar 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 oposición, los índices de satisfacción, sin ser muy altos, parecen mostrar una mejor atención en el tipo de CLAS de control médico-técnico cuando la autoridad local obstaculiza la labor del establecimiento. 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.

3.8. Calidad de los servicios y disposiciones a pagar: un análisis econométrico

En esta sección examinamos la calidad de los servicios de salud ofrecidos por los establecimientos CLAS y la disposición a pagar por parte de sus usuarios. La calidad de los servicios de salud en el CLAS es evaluada a través de las opiniones de sus usuarios. En particular, la calidad de los servicios es medida por el nivel de satisfacción del usuario respecto a una variedad de servicios que son ofrecidos en estos centros de salud; dichos niveles de satisfacción constituyen una valoración cualitativa de los usuarios.

El Cuadro N° 3.11 ilustra las variables que se utilizan en los modelos de regresión. Las variables binarias que toman valores de 0 para las respuestas negativas y 1 para las respuestas afirmativas son las siguientes: abastecimiento de agua de la red pública, motivo de la visita por consulta médica, servicio higiénico conectado a la red pública, basura recogida por el servicio municipal, atención por un médico u odontólogo, piso de la vivienda de cemento, si cuenta con seguro, ubicación subregional del CLAS o del usuario, si recibió visita domiciliaria, entre otras.

Las variables continuas son las siguientes: el índice de comodidad del sitio de espera y del consultorio que toma valores entre 0 y 1, intención de pago en nuevos soles, gasto per cápita total del hogar en nuevos soles, porcentaje de individuos por CLAS que encontró medicinas en la farmacia del establecimiento, índice de satisfacción total que toma valores entre 0 y 1, tiempo de espera expresado en minutos.

Primeramente, examinamos las variables que afectan la máxima voluntad de pago de los usuarios por los servicios médicos que reciben en estos centros de salud. En este modelo de regresión, la estimación se realiza en dos etapas. En una primera etapa se usa el modelo Probit para estimar las variables que afectan la satisfacción del usuario (alta = 1 y baja = 0). De dicha estimación Probit se obtienen los valores estimados para la satisfacción del usuario. En la segunda etapa de la estimación se utiliza el método de mínimos cuadrados ordinarios para estimar cómo la voluntad de pago máxima de los usuarios es afectada por un conjunto de variables socioeconómicas que caracterizan al usuario y por su satisfacción estimada, que es obtenida del modelo Probit.

Empleando los coeficientes de las estimaciones del modelo en dos etapas se efectuaron simulaciones de los cambios en las variables que afectan la satisfacción del usuario y que, a su vez, influyen sobre la disposición de pago. Así se intentó evaluar los efectos marginales de los cambios en: la comodidad del sitio de espera en el consultorio, el equipamiento del centro de salud, el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio, y el abastecimiento de medicinas en los CLAS, sobre la probabilidad de incrementar la satisfacción reportada y las disposiciones a pagar de los usuarios. La metodología permite también controlar el efecto de los cambios institucionales y de la organización interna de los CLAS tanto en la calidad de los servicios (vistos a través de la satisfacción del usuario) como en las disposiciones a pagar de los usuarios.

3.8.1 *Disposiciones a pagar por el uso de los servicios de salud en el CLAS*

Examinar cuánto más estarían dispuestos a pagar los diferentes usuarios de los CLAS por los servicios que estos centros de salud actualmente ofrecen es importante,

puesto que es una forma de evaluar la eficiencia de los CLAS como prestadores de servicios de salud que son de calidad aceptable para sus usuarios.

Las ecuaciones del modelo a estimar son las siguientes:

$$W = f(X, Y, S^*) \quad (1)$$

$$S = g(I, R, Z) \quad (2)$$

donde W representa las disposiciones a pagar de los usuarios y S , la satisfacción del usuario. Las disposiciones a pagar de los usuarios dependen de X , que representa la zona geográfica de los usuarios; Y , que representa a un conjunto de variables socioeconómicas y de uso de servicios que caracterizan a los individuos que se atienden en los CLAS; y S^* , que representa la satisfacción estimada del usuario por su atención en el CLAS.

En la ecuación (1) se observa que la satisfacción del usuario es una variable endógena. Entonces, para evitar sesgos en la estimación, se utiliza la satisfacción estimada que resulta de la ecuación (2), la cual especifica el conjunto de variables que afectan la satisfacción del usuario. En la ecuación (2), la variable satisfacción es una variable binaria y el método de estimación usado es el Probit. Para resolver el modelo primero se estima (2) y, luego de esta ecuación, se obtienen los estimados de satisfacción, los cuales serán utilizados para estimar las disposiciones a pagar en (1). En la ecuación (2), la satisfacción del usuario depende de I , que representa el conjunto de variables institucionales u organizacionales que caracterizan a los CLAS; R , que representa el conjunto de variables socioeconómicas que caracterizan a los individuos que se atienden en los CLAS; y Z , que representa a un conjunto de variables que engloban aspectos importantes de los servicios ofrecidos por el CLAS. Estos aspectos del servicio están relacionados con el trato que recibe el usuario, las características físicas del local, y la provisión de medicinas en el mismo.

Las estimaciones de las ecuaciones (1) y (2) se realizan en dos etapas. Primero, usando el método Probit, se estima la satisfacción del usuario de la ecuación (2). La variable S , que representa la satisfacción del usuario, se convierte en binaria. S toma valor 1 cuando el usuario indica que la satisfacción general por obtener servicios en el CLAS es de nivel bueno o excelente, y S toma valor 0 cuando el usuario indica que su satisfacción general es de nivel regular o malo.

De la ecuación (2) se obtiene S^* , la cual se utiliza en la ecuación (1) para explicar las disposiciones a pagar por los servicios de salud que ofrece el CLAS. La ecuación (1) se estima por el método de Mínimos Cuadrados Ordinarios. Las variables explicativas de las regresiones y los estimados se presentan en los Cuadros N° 3.11, N° 3.12 y N° 3.13.

Cuadro N° 3.11
GLOSARIO DE VARIABLES

Variable	Información
Agua	Dicotómica: 1, si el abastecimiento del agua procede de red pública 0, de otro modo.
Comodidad	Índice de comodidad del sitio de espera y del consultorio donde se atendió. Fluctúa entre 0 y 1, donde 1 indica alta satisfacción.
Consulta médica	Dicotómica: 1, si el motivo de la visita fue una consulta médica 0, de otro modo
Intervención comunal	Dicotómica: 1, si la intervención comunal es baja 0, de otro modo
Desagüe	Dicotómica: 1, si tiene servicio higiénico conectado a red pública 0, de otro modo
Disposición a pagar	Logaritmo de lo máximo que estaría dispuesto a pagar el paciente por la consulta.
Equipamiento	Índice de equipamiento del centro de salud. Fluctúa entre 0 y 1, donde 1 indica alta satisfacción.
Gasto Limpio	Logaritmo del gasto total del hogar per cápita Dicotómica: 1, si la basura la recoge el servicio municipal 0, de otro modo
Medicinas	Porcentaje de individuos por CLAS que habiéndoseles recetado medicinas, las encontraron en la farmacia del establecimiento.
Médico	Dicotómica: 1, si un médico u odontólogo atendió al paciente 0, de otro modo
Piso	Dicotómica: 1, si el piso de la vivienda es de cemento 0, de otro modo
Satisfacción	Índice de satisfacción general. Fluctúa entre 0 y 1, donde 1 indica alta satisfacción.
Seguro	Dicotómica: 1, si el paciente tiene seguro 0, de otro modo
Subregión involucrada	Dicotómica: 1, si la subregión del Ministerio de Salud es involucrada 0, de otro modo.
Subregión obstaculizadora	Dicotómica: 1, si la subregión del Ministerio de Salud es obstaculizadora 0, de otro modo.
Tiempo de espera	Logaritmo del tiempo de espera para ser atendido en el consultorio.
Visita	Dicotómica: 1, si el paciente ha recibido visita domiciliaria del personal de salud del CLAS 0, de otro modo

Las variables explicativas empleadas en la ecuación de probabilidad fueron, para I , la actitud de la autoridad local que influye sobre el funcionamiento de los CLAS y también el nivel de intervención de la comunidad en los CLAS. Para la actitud de la autoridad local del MINSA, se incluyeron en la regresión las variables dicotómicas de la existencia o no de autoridades locales con una actitud involucrada u obstaculizadora. En una subregión con autoridades locales que tiene una actitud involucrada, se espera un signo positivo y para una subregión con autoridades locales que tienen una actitud obstaculizadora, se espera un signo negativo. Se espera, asimismo, que una intervención baja de la comunidad tenga un efecto negativo sobre la probabilidad de que los usuarios estén satisfechos.

Cuadro N° 3.12
MODELO PROBIT DE SATISFACCIÓN GENERAL

Variable	Coficiente estimado	T – stat	Media
Constante *	-0.9398	-2.733	
Agua	0.0434	0.361	0.5876
Comodidad *	1.9600	5.781	0.5479
Intervención comunal	-0.0993	-0.590	0.3161
Equipamiento *	1.3641	4.278	0.5034
Limpio	-0.0609	-0.372	0.7773
Medicinas *	0.8426	2.201	0.5449
Médico	0.0493	0.397	0.6954
Subregión involucrada	0.2123	0.943	0.1408
Subregión obstaculizadora	-0.3331	-1.300	0.0718
Tiempo de espera *	-0.1624	-2.712	2.8540
Log-likelihood		-332.1836	
X ²		102.6439	
Tamaño de muestra		696	

*: Significativo al 5%.

Entre las variables explicativas en R , se incluyeron visita a los CLAS por consulta médica, abastecimiento del agua procedente de red pública, y servicio municipal para la recolección de basura. Entre las variables explicativas en Z , se incluyeron la opinión de los usuarios respecto a la comodidad del sitio de espera y del consultorio donde se atendió, el equipamiento del centro de salud, el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio, y el abastecimiento de medicinas en la farmacia del CLAS.

En primer lugar, se encontró que la satisfacción del usuario se explica principalmente por la pronta atención al paciente y la adecuada infraestructura de los CLAS. Dos indicadores de calidad de los servicios de salud son el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio y la adecuada infraestructura de los CLAS, que se observa a través de la comodidad del sitio de espera y del consultorio, en el equipamiento del centro de salud, y en la provisión de medicinas recetadas en la farmacia del establecimiento. Aunque no significativas al nivel del 10%, la probabilidad de que los usuarios reporten satisfacción por los servicios recibidos tiende a ser más alta en los CLAS bajo influencia de una subregión de actitud involucrada en el funcionamiento del mismo, y más baja en los CLAS donde la subregión tiene autoridades locales con una actitud obstaculizadora frente a las actividades de los CLAS.

Cuadro N° 3.13
MODELO DE MÍNIMOS CUADRADOS DE DISPOSICIÓN A PAGAR

Variable	Coficiente estimado	t – stat	Media
Constante *	1.5147	9.184	
Agua **	0.0982	1.904	0.5876
Intervención comunal	-0.0042	-0.083	0.3161
Consulta médica	0.0007	0.021	0.7155
Desagüe *	-0.1228	-2.232	0.5819
Gasto **	-0.0542	-1.787	4.6260
Junín	-0.0282	-0.354	0.0718
La libertad	-0.1020	-1.662	0.1408
Limpio **	0.8617	1.771	0.7773
Piso	-0.0523	-1.430	0.5302
Satisfacción **1/	0.1192	1.700	0.9353
Seguro *	0.9852	2.312	0.1997
Visita	-0.0403	-1.096	0.5661
F		1.99	
Nivel de significancia al 5%		0.0226	
Tamaño de muestra		696	

1/ Valores predecidos por el modelo probit de satisfacción general.

*: Significativo al 5%.

** : Significativo al 10%.

Se encuentra que, en los CLAS donde la intervención de la comunidad en su administración y gestión es baja, la probabilidad de que el individuo reporte satisfacción con los servicios del CLAS es menor; y, por el contrario, en los CLAS donde la intervención de la comunidad es alta, la probabilidad de satisfacción del usuario tiende a ser mayor. Cabe recordar que la actitud de la subregión hacia los CLAS y el grado de intervención de la comunidad son variables institucionales y organizativas importantes que influyen en el desempeño de la gestión de los CLAS.

Los resultados obtenidos indican que, aunque de manera indirecta, 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.

Finalmente, en la segunda etapa de la estimación, se encontró que las disposiciones a pagar de los usuarios se ven afectadas positivamente por la satisfacción del usuario, por la ubicación de los usuarios en Lima, y por algunas variables que describen el nivel socioeconómico de los mismos. En este punto, debe observarse que, en promedio, el nivel de gasto per cápita mantiene una relación negativa con la disposición a pagar. Esto puede explicarse por dos motivos conjuntos: i) no hay una mayor diferenciación en el pago por servicios médicos entre usuarios con diferentes niveles de gasto per cápita; y ii) los usuarios con mayores niveles de gasto sólo buscan en los CLAS servicios básicos que son más baratos que en otros centros de salud.

De este modo, para el pago de tarifas en los CLAS, parece ocurrir un error de tipo II; es decir que, dada la no discriminación en el pago por servicios, los CLAS no discriminan a los usuarios por su nivel de ingreso. Los quintiles más pobres muestran disposiciones a pagar relativamente más altas que la de los usuarios de los quintiles más ricos. Estos últimos no estarían dispuestos a pagar más por los servicios que obtienen del CLAS porque precisamente acuden a estos centros de salud por ser los más baratos. Si tuvieran que pagar más, entonces no acudirían al CLAS y buscarían esos servicios en otros establecimientos de salud que ofrezcan servicios de mejor calidad.

3.8.2 Variaciones en la satisfacción del usuario y disposiciones a pagar debido a cambios en la infraestructura de salud, la disponibilidad de medicinas y la reducción de los tiempos de espera

Para analizar los cambios en la probabilidad de satisfacción del usuario y su disposición a pagar, se llevaron a cabo simulaciones de estática comparativa sobre las siguientes variables:

- i. Cambios en la comodidad del lugar de espera y del consultorio.
- ii. Cambios en el equipamiento del centro de salud.
- iii. Cambios en el porcentaje de pacientes que encuentran medicinas en la farmacia de los CLAS, y
- iv. Cambios en el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio.

Para presentar las simulaciones, se presume que los cambios en los índices de comodidad, equipo y farmacia abastecida tienen como base un índice de cero. Aparte de la variable independiente que se está analizando, todas las simulaciones se hicieron sobre los valores medios de las otras variables independientes. El índice de farmacia abastecida es simplemente el porcentaje de usuarios que habiéndoseles recetado medicinas, las encontraron en la farmacia del establecimiento. Cuando este índice toma valor 1, significa que la farmacia está bien abastecida; es decir que todos los usuarios encuentran sus medicinas en la farmacia del CLAS. Las simulaciones de los cambios en el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio tuvieron como base un tiempo de espera de una hora. Las simulaciones deben ser interpretadas con cautela debido a que éstas no incluyen variable de costos de implementación alguna.

Los Cuadros N° 3.14 al N° 3.17 señalan la variación de la probabilidad de estar satisfecho por los servicios recibidos y las disposiciones a pagar debido a cambios en los índices de comodidad, equipo y farmacia abastecida. Se multiplican las probabilidades marginales que resultan de la estimación de la ecuación (2) por la variable que cambia (e.g., para el caso en el que el índice de comodidad sube en 20%, multiplicamos la probabilidad marginal de esta variable por el porcentaje de cambio, esto es, $0.5662 \cdot 0.2$), y ese resultado, a su vez, se multiplica por el coeficiente de satisfacción estimada obtenido de la estimación de la ecuación (1) (i.e., 0.1192). Como se esperaba, incrementos del índice de comodidad, del índice de equipo y el índice de abastecimiento de la farmacia, así como reducciones del tiempo de espera de atención en el consultorio, aumentan la probabilidad de satisfacción por los servicios recibidos. La magnitud de estos cambios se ilustra en los Cuadros N° 3.14 al N° 3.17.

Los cambios positivos en la probabilidad de estar satisfecho influyen favorablemente sobre la disposición a pagar de los usuarios. Por tanto, los usuarios están dispuestos a variar sus disposiciones a pagar por mejoras en los índices de comodidad, de equipo, de farmacia abastecida, y por reducciones en los tiempo de espera.

Cuadro N° 3.14
 VARIACIÓN EN LA PROBABILIDAD DE ESTAR SATISFECHO
 Y LAS DISPOSICIONES A PAGAR DEBIDO A CAMBIOS
 EN EL ÍNDICE DE COMODIDAD

Aumento del índice de comodidad	Cambio en la probabilidad de estar satisfecho	Cambio en la disposición a pagar
0.8	45%	5%
0.5	28%	3%
0.2	11%	1%
0	0%	0%

Cuadro N° 3.15
 VARIACIÓN EN LA PROBABILIDAD DE ESTAR SATISFECHO
 Y LAS DISPOSICIONES A PAGAR DEBIDO A CAMBIOS
 EN EL ÍNDICE DE EQUIPO

Aumento del índice de equipo	Cambio en la probabilidad de estar satisfecho	Cambio en la disposición a pagar
0.8	32%	4%
0.5	20%	2%
0.2	8%	1%
0	0%	0%

Cuadro N° 3.16
 VARIACIÓN EN LA PROBABILIDAD DE ESTAR SATISFECHO
 Y LAS DISPOSICIONES A PAGAR DEBIDO A CAMBIOS EN
 EL ÍNDICE DE FARMACIA ABASTECIDA

Aumento del índice de farmacia abastecida	Cambio en la probabilidad de estar satisfecho	Cambio en la disposición a pagar
0.8	19%	2%
0.5	12%	1%
0.2	5%	1%
0	0%	0%

Cuadro N° 3.17
 VARIACIÓN EN LA PROBABILIDAD DE ESTAR SATISFECHO
 Y LAS DISPOSICIONES A PAGAR DEBIDO A CAMBIOS EN EL
 TIEMPO DE ESPERA PARA SER ATENDIDO EN EL CONSULTORIO

Tiempo de espera (minutos)	Cambio en la probabilidad de estar satisfecho	Cambio en la disposición a pagar
60	0%	0%
40	9%	1%
20	18%	2%
10	33%	4%
5	49%	6%

Otro de los hallazgos de los escenarios de simulación es que las variaciones del índice de comodidad tienen un impacto relativamente mayor que los cambios en los índices de equipo y en los índices de farmacia abastecida. Cambios en los índices por tener una farmacia mejor abastecida son los que generan un menor impacto sobre los cambios en la probabilidad de estar satisfecho y sobre las disposiciones a pagar de los usuarios. Por ejemplo, un cambio en el índice de comodidad de 0 a 0.5 implicaría un cambio positivo en la probabilidad de estar satisfecho del 28%, y un cambio positivo en la disposición a pagar del 3%. De igual manera, una reducción en el tiempo de espera para ser atendido en el consultorio de 60 minutos a 20 minutos implicaría un cambio en la probabilidad de estar satisfecho del 18%, y un cambio en la disposición a pagar del 3%.

4. CONCLUSIONES

1. El proceso de reforma del sector salud concentra su interés en tres aspectos: la focalización del gasto público en los hogares de bajos ingresos (equidad), la mejora de la calidad de los servicios de salud y la gestión (eficiencia), y la articulación funcional de los establecimientos de salud que asegure la cobertura universal de los servicios. Para hacer frente a estos retos, el gobierno central ha introducido, a través del Programa de Salud Compartida (PAC), el concepto de descentralización bajo la modalidad de los Comités Locales de Salud (CLAS). El programa incorpora la participación comunitaria en la gestión de los establecimientos de atención primaria de salud.
2. En la actualidad operan 548 CLAS en un área de influencia del 10% de la población total. Existen 150 CLAS en lista de espera para ser reconocidos, y 250 en etapa

de formación. La participación civil de los miembros de la comunidad en la gestión del establecimiento se expresa a través de la transferencia de responsabilidades y funciones, que se encontraban a cargo del gobierno central, al comité local de salud local. Se considera que la participación civil asegura una mejor gestión y control social de los recursos (eficiencia, equidad e inclusión social) y, a su vez, fortalece los aspectos de la soberanía del consumidor o del usuario, quien es el receptor final de los servicios (satisfacción).

3. Las bondades de la administración compartida pueden ser medidas en términos de la satisfacción reportada de sus usuarios, la tasa de exoneración de cobros a las personas de bajos ingresos, la efectividad de los mecanismos de supervisión y control social del desempeño del personal de salud, la aceptación y/o participación real de los miembros de la comunidad en la elaboración del plan de salud local y los censos comunales, y la capacidad de responder al reto de generar recursos propios y la provisión de salud integral a los miembros de la comunidad.
4. Respecto a la calidad de los servicios ofrecidos, el 85.9% de los usuarios de los CLAS reportó que la atención de salud recibida fue satisfactoria; en el ámbito de los puestos y centros de salud del MINSA de gestión centralizada, dicho porcentaje fue del 76.9%. 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.
5. 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 73.8% de los usuarios espera menos de 30 minutos por la atención de salud. El tiempo de espera reportado en los CLAS es relativamente bueno. El 93.8% de los usuarios de los establecimientos CLAS registró un tiempo de espera menor a los 30 minutos. En el caso de los establecimientos del MINSA, la tasa es de 71.3%. Por otro lado, cabe señalar que los usuarios más pobres son los que reportan menores tiempos de espera en los establecimientos CLAS.
6. Los CLAS muestran mayor equidad en su política de exoneración de pagos con relación al MINSA, ya que una mayor proporción de usuarios del Quintil I y II no pagan. Respecto a los centros y puestos de salud del MINSA, los CLAS han logrado definir criterios más apropiados para identificar a los grupos de bajos ingresos y darles acceso gratuito a las consultas.
7. Los CLAS constituyen un primer paso para fortalecer el «empoderamiento» y la participación civil. El nivel de «empoderamiento» depende de varios factores: i) el carácter personal y de liderazgo del gerente; ii) el apoyo de la subregión y/o gobierno central; iii) los mecanismos de orientación y motivación de los miem-

bros de la comunidad para la acción colectiva. 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 plenamente el rol de liderazgo y coordinación con el médico-jefe; mientras que, en el último caso, existen conflictos de intereses y una deficiente coordinación para el logro de las metas del plan de salud local. En este último caso, no está claro el liderazgo dentro del establecimiento. En términos generales, la mayor parte de los CLAS pasa la etapa difusa en la gestión, y luego consolida la modalidad de médico-jefe o comunidad-autoritaria.

8. La gente 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. Un 95.8% no participó en la elección de los representantes de la comunidad y el 91.3% no conocía los nombres de los representantes. Adicionalmente, el 84.6% no sabía que los representantes de la comunidad habían convocado a reuniones para informar sobre la labor que habían realizado.
9. Los pacientes de todos los CLAS sugirieron principalmente tres cambios para la prestación de un mejor servicio: aumentar especialidades, mejorar la infraestructura, y la disponibilidad gratuita de medicina o atención. De efectuarse los cambios propuestos por los pacientes, se encontró que el 84.4% en Lima, el 81.2% en La Libertad y el 70.1% en Junín estarían dispuestos a pagar más por los servicios ofrecidos. Aumentar especialidades es una prioridad para los pacientes de los CLAS. Las dos especialidades más mencionadas fueron especialista en niños y especialista en ojos. La primera especialidad tuvo un porcentaje de incidencia del 35.6% en Lima, 25.7% en Junín y 19.5% en La Libertad; y, para la segunda, los porcentajes fueron 10.6%, 7.4% y 14%, respectivamente. Cabe resaltar que el porcentaje de pacientes indecisos fue el más alto en los CLAS de Junín.
10. 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, no más del 5% de los usuarios señalan un empeoramiento respecto a la situación previa. 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 obstaculizadora (CLAS del departamento de Junín).

11. 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 obstaculizadora 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.
12. Las disposiciones a pagar de los usuarios se ven afectas positivamente por la satisfacción del usuario, por la ubicación de los usuarios en Lima, y por algunas variables que describen el nivel socioeconómico de los mismos. En este punto, debe observarse que, en promedio, el nivel de gasto per cápita mantiene una relación negativa con la disposición a pagar. Esto puede explicarse por dos motivos: i) no hay una mayor diferenciación en el pago por servicios médicos entre usuarios con diferentes niveles de gasto per cápita; y los usuarios con mayores niveles de gasto sólo buscan en los CLAS servicios básicos que son más baratos que en otros centros de salud.
13. Con relación a la participación real de los miembros de la comunidad en la gestión del establecimiento e información de los mismos sobre el desempeño del CLAS, los resultados no son halagadores. Sólo el 20% de los usuarios entrevistados conocían que el establecimiento es administrado conjuntamente bajo la responsabilidad de la comunidad y el Estado, y sólo el 10% conocía los nombres de los representantes de la comunidad en el CLAS. De este grupo informado sobre la existencia del CLAS, sólo el 40% reportó tener información sobre la gestión del CLAS, aunque el 70% de ellos señalaba que la acción de los representantes de la comunidad contribuyó ‘poco’ o ‘bastante’ a la identificación de las necesidades de los más pobres, la educación de la gente sobre prevención, el trato del personal, y la opción de reclamos y sugerencias.
14. ¿Cuáles son las amenazas que se visualizan para el proceso de expansión y fortalecimiento de los CLAS?
 - a) El PAC no constituye una alternativa global de descentralización de los servicios de salud; sólo permite acciones locales o personales de jefes-médicos o miembros del CLAS. No todas las direcciones regionales del MINSA comprometen su aparato administrativo y recursos para la gestión del Programa, o prestan asesoramiento técnico e intervienen para solucionar problemas de los CLAS bajo su influencia.
 - b) Hay una necesidad de fijar la separación de funciones entre el CLAS y el Estado (autoridad local de salud). Se aprecia que aún en algunas regiones las

autoridades locales asumen atribuciones vinculadas con la gestión que corresponden a los miembros del consejo del CLAS. Si bien, en algunos casos, la interferencia de la autoridad local tiene la finalidad de impulsar las actividades de los CLAS; en otros, dicha interferencia tiene un carácter obstaculizador. El MINSA no ha desarrollado una estrategia global de participación comunitaria. Así, el CLAS puede convertirse en una buena excusa para otorgar la gestión total al jefe-médico en comunidades sin organizaciones de base y acción colectiva que garanticen una real participación civil en las decisiones.

El marco institucional debe ser tal que las autoridades locales se constituyan en un inicio como “el aparato de soporte” de la gestión del CLAS en las áreas que los CLAS consideren pertinentes. Las direcciones regionales no pueden asumir que, en el corto plazo, los CLAS generen cuadros administrativos que respondan adecuadamente a las necesidades administrativas del establecimiento.

- c) Ausencia de un programa de capacitación administrativa al personal civil de los establecimientos CLAS, tanto gerentes como miembros de los CLAS. Esto último estaría generando cuellos de botella para la buena gestión de los recursos escasos, principalmente en las áreas de registros de gastos, abastecimiento, comunicación, contable-financiero y aspectos tributarios.
- d) La falta de un sistema de incentivos para el trabajo del personal civil de la comunidad. Una parte importante del manejo operativo y administrativo de los CLAS es cubierta por los representantes de la comunidad en el CLAS, quienes dedican en forma voluntaria una parte de su tiempo libre al mismo. En el futuro, para que el modelo CLAS pueda seguir funcionando con eficiencia en la prestación de servicios de salud, se requiere que la labor de los miembros de la comunidad sea continua, así como la creación de incentivos laborales asociados con los mismos.
- e) 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.

- f) Existen limitaciones de gestión para el levantamiento sostenido de información de campo relevante para la elaboración del plan de salud, de gasto, y el seguimiento del desempeño en cuanto al logro de las metas fijadas y la satisfacción de los usuarios.
 - g) La ausencia de información de costos de producción unitaria por servicios ofertados determina que las transferencias del gobierno central se basen en la línea de gastos históricos previos; ello no incentiva la mejor gestión de los recursos del establecimiento.
 - h) No se cuenta con un sistema de información constante que facilite un seguimiento del estado de salud y los avances alcanzados en la zona que está bajo la influencia del CLAS; ello facilitaría modificar la gestión para el logro de los objetivos establecidos en el plan de salud local. Este paso es importante porque el programa debería ser evaluado no sólo por los reportes de satisfacción de la población y su capacidad de brindar servicios a los más pobres, sino también por los resultados vitales de salud: mortalidad infantil, tasas de desnutrición, mortalidad materna, entre otros.
 - i) No se aprecia una coordinación institucional entre los establecimientos CLAS con otros operadores del sistema de salud (CLAS o no CLAS). La forma de inserción operativa de los CLAS con las actuales redes descentralizadas de los servicios de salud en el nivel regional es una tarea pendiente si el propósito es aprovechar las economías de escala y reducir los costos de transacción en la atención de salud. La integración funcional del CLAS con otros proveedores debe buscar reducir los costos, dado que la finalidad es el acceso universal a los servicios en el ámbito local, la mejora de la calidad de servicios ofertados a costos razonables, y la priorización de los servicios de atención.
 - j) Se observa un conflicto entre la necesidad de generar más recursos propios y las necesidades de salud de los miembros de la comunidad. El diseño del programa promueve las consultas médicas (ingresos) y no los gastos de inversión por prevención.
15. Hoy en día, ¿cuáles son las ventajas del sistema de administración compartida que aseguran su sostenimiento?:
- a) Una parte importante de las demandas de la población (o usuarios) ha sido incorporada en el programa de salud con el fin de atender tales pedidos.
 - b) Existen procedimientos difundidos para que los usuarios presenten sus quejas.
 - c) 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.

- d) 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.
- e) Los CLAS responden a las demandas de la población por la oferta de mayores servicios de salud en el establecimiento que son consistentes con sus necesidades del momento, lo cual ha determinado mejores reportes de satisfacción del usuario por parte de los usuarios de la comunidad.
- f) Los CLAS han diseñado y ejecutan un sistema de exoneración de pago más eficaz y equitativo que los establecimientos de gestión centralizada.
- g) 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, se reconoce que la participación comunitaria es un factor eficaz para el control del uso de los recursos, la identificación de las necesidades de salud de la población, y el establecimiento de exoneraciones de cobros a los más pobres.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, Betty, *Análisis de costos de los servicios de salud: Perú 1994*, Lima: CIUP-MINSA-USAID, mimeo, 1996.
- 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.
- Banco Mundial, “Informe anual 1996. Panorama regional ejercicio de 1996. América Latina y El Caribe.” <http://www.worldbank.org/html/extpb/annrep96/spanish/wbar08d.htm>
- Craig, Gary y Marjorie Mayo, *Community Empowerment*, London: Zed Books Ltd., 1995.
- Cornejo Gobetto, José; M. Estrada; P. Hevia; L. Manrique y R. Trajtman (comp.), *Textos básicos para proyectos de desarrollo en salud. Una antología seleccionada*, Lima: Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud, 1993, pp.48-52, 148-149, 177-184.
- 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.
- Cortez, Rafael, *Análisis de la demanda de servicios de salud en el Perú*, Lima: CIUP, 1995.
- Cuánto, S.A., Banco Mundial, *Encuesta Nacional de Niveles de Vida 1997*, Lima: 1998.
- De Roux, Gustavo, *Participación y cogestión de la salud*, Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia-Centro de Salud Pública, 1993.
- Dirección Regional de Salud Chavín, Ministerio de Salud, *Modelos de planificación de actividades basado en el enfoque intervencionista de los programas de salud*, Programa de Administración Compartida, Lima: 1997.
- Douglas, James, “Political Theories of Nonprofit Organization”, en Powell, Walter W.(ed.), *The Nonprofit Sector. A Research Handbook*, New Haven: Yale University Press, 1987, pp. 51-52.
- Fiedler, John, “Privatization of Health Care in America Latina”, en *Health Policy and Planning*, 11(4), 1992, pp. 406-417.

- Francke, Pedro, *Distribución del subsidio público en salud por quintiles. Perú 1994*, mimeo, 1997.
- Grompone, Romeo, *Criterio para el diagnóstico y seguimiento de la participación comunitaria en salud en los distritos del cono sur de Lima*, Informe Preliminar de Discusión, Lima: Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud del Perú, 1988, 13 pp.
- Hansmann, Henry, “Economic Theories of Nonprofit Organization”, en Powell, Walter W. (ed.), *The Nonprofit Sector. A Research Handbook*, New Haven: Yale University Press, 1987, 28 pp.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Informe principal: encuesta demográfica y de salud familiar 1996*, 1997.
- Kast, Fremont y James Rosenzweig, *Administración en las organizaciones*, México: McGraw Hill, 4ª ed., 1988, 754 pp.
- Koontz, Harold y Heinz Weihrich, *Administración, una perspectiva global*, México: McGraw Hill, 10ª ed., 1994, 745 pp.
- Lahera, Eugenio (ed.), *Cómo mejorar la gestión pública*, Santiago de Chile: Cieplan/FLACSO/Foro 90, 1993, 406 pp.
- Marcel, Mario, “Mitos y recetas en la reforma de la gestión pública”, en Lahera, Eugenio (ed.), *Cómo mejorar la gestión pública*, Santiago de Chile: Cieplan/FLACSO/Foro 90, 1993, pp. 89-109.
- Martin, Patricia A., *Community Participation in Primary Health Care*, Washington D.C.: American Public Health Association, 1983, 71 pp.
- McLaughlin, Curtis, *The Management of Nonprofit Organizations*, North Carolina: University of North Carolina, John Wiley & Sons, 1986.
- Ministerio de Salud de Colombia, *Políticas, estrategias y líneas de acción en participación comunitaria en salud*, Bogotá: 1991, 38 pp.
- Ministerio de Salud de Lima, *Informe Técnico N° 4: resumen gráfico de la situación de salud del Perú*, 1996.
- Ministerio de Salud de Lima, “Situación de la gestión de servicios de salud”, en *Análisis situacional de la gestión de los servicios de salud y propuesta estratégica* (Documento 3), Lima: Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, 1996.
- Ministerio de Salud de Lima, *Comités Locales de Administración en Salud CLAS-Cajamarca*, 1995.

- Ministerio de Salud de Lima, *Fundamentos para la participación estructural de la sociedad en salud*, 1995.
- Ministerio de Salud de Lima, *Actividades ejecutadas y proyectadas de participación comunitaria*, Lima: Dirección General de Salud de las Personas - Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria, 1993, 34 pp.
- Ministerio de Salud de Lima y UNICEF, *Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS): organización y modelo de gestión, el programa de salud local*, 1996.
- Montes, Noemí, *Participación de la comunidad y estructura del poder: factores que condicionan la participación comunitaria en salud*, Informe preliminar presentado al III Seminario-Taller ANSSA-PERU, Lima: 1986, mimeo, 54 pp.
- Morley, D.; J. Rodhe; y G. Williams (eds.), *Contrasts in Community Participation: Case Studies from Peru*, Oxford University Press. New York, 1983.
- Nangawel, E.; F. Shomet; E. Rowberg; T. McGinn; y W. Van Mie, *Community Participation in Health Programs: Experiences from the Maasai Health Services Project. Tanzania*, New York: Center for Population and Family Health, mimeo, 1985.
- Nelson, Richard y Michael Krashinsky, "Two Major Issues of Public Policy: Public Policy and Organization of Supply", en Nelson, Richard y Dennis Yount (eds.), *Public Subsidy for Day Care of Young Children*, Lexington, Mass: D.C. Health & Co., 1973.
- Olaiz, Gustavo; Héctor Gómez; y Sergio López, *Cobertura de los servicios de salud: el reto de la equidad*, México D.F.: Secretaría de Salud de México, 1994, 63 pp.
- Organización Mundial de la Salud, "Organización y gestión de sistemas de salud basados en la atención primaria", octubre 1996. <http://www.paho.org/spanish/hspsho.htm>
- Organización Mundial de la Salud, *Primary Health Care*, Geneva: 1978.
- Organización Panamericana de la Salud, "La administración estratégica", en *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*, 1992.
- Organización Panamericana de la Salud, "La participación social", en *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*, setiembre 1990.

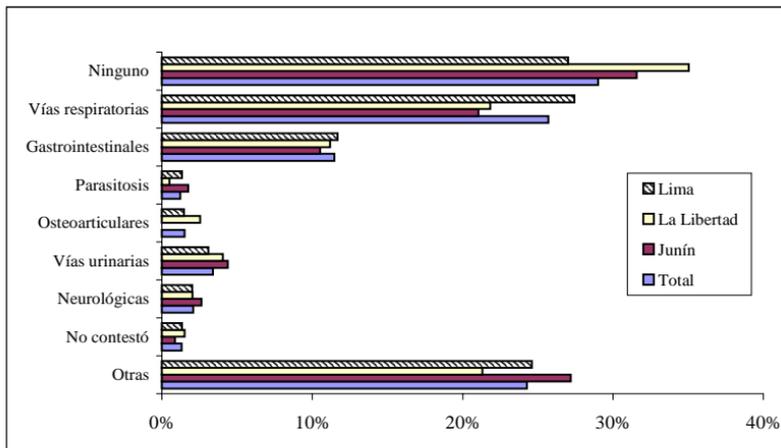
- Organización Panamericana de la Salud, “Talleres subregionales: experiencias y conclusiones”, en *Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*, agosto 1989.
- Organización Panamericana de la Salud, *Participación local en los 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, *Estrategias de participación social en los sistemas locales de salud, protocolo II (versión final)*, Lima: Organización Panamericana de la Salud, 1988, 73 pp.
- Pedersen, Duncan, *Participación social en los sistemas locales de salud*, Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud, mimeo, 1988, 38 pp.
- Pedersen, Duncan, *Evaluación de servicios de salud: la perspectiva de la gente*, Taller regional sobre evaluación de servicios de salud materno-infantil, mimeo, Venezuela: 1987, 33 pp.
- Pedersen, Duncan, *Salud y participación: un modelo para armar*, Corporación Centro de Estudios Transculturales, Quito: 1980, 13 pp.
- Rifkin, Susan, *Community Participation in Maternal and Child Health/Family Planning Programmes*, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 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.
- Salamon, Lester M. y Helmut K. Anheier, “In Search of the Nonprofit Sector I: The Question of Definitions”, en *Voluntas*, vol. 3, No. 2, 1992, pp. 125-151.
- Salamon, Lester M. y Helmut K. Anheier, “In Search of the Nonprofit Sector II: The Problem of Classification”, en *Voluntas*, vol. No. 3, 1992, pp. 272-284.
- Secretaría de Salud de México, *Guía para la operación de los centros de salud rural*, México D.F.: Secretaría de Salud-Banco Interamericano de Desarrollo, 1988, 89 pp.
- 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 Ministro de Salud del Perú*, Lima: 1996.

- Taylor, Carl, “Surveillance for Equity in Primary Health Care: Policy Implications from International Experience”, en *International Journal of Epidemiology*, 21, 1992, pp.1043-1049.
- Varios, *Experiencias de participación comunitaria en programas de salud. Análisis de experiencias provenientes principalmente de ONG's y otras agencias en el Perú*, s/n, 1984, 46 pp.
- Vera, Juan José, *Análisis de la situación y propuestas para el desarrollo de los CLAS y del Programa de Administración Compartida de Establecimientos del Primer Nivel de Servicios de Salud*, s.n., Lima: 1996, 96 pp.
- Vera, José Carlos, “Modernización y apertura de los servicios de salud a la participación del sector privado”, en Instituto de Economía de Libre Mercado, *La privatización de la salud rumbo a la modernidad*, octubre 1994.
- Vignolo, C.; J. Lucero; y C. Vergara, “Modernización de la gestión pública”, en *Cómo mejorar la gestión pública*, Cieplan/FLACSO/Foro 90, Chile: 1993, pp.51-65.
- Vilaca Méndez, Eugenio, “Importancia de los SILOS en la transformación de los sistemas nacionales de salud”, en *Los sistemas locales de salud*, Washington: OPS, 1990, pp. 21-27.

ANEXO: ESTADÍSTICAS. ENCUESTA DE DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD CLAS 1997

ANEXO L1

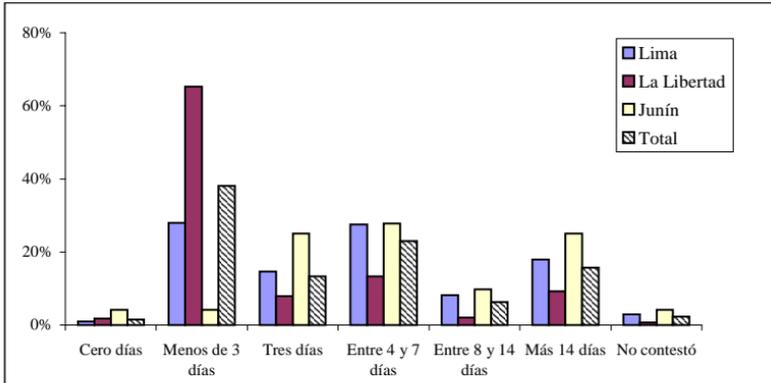
¿QUÉ TIPO DE MALESTAR, DOLENCIA O ENFERMEDAD TIENE EN ESTE MOMENTO?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguno	201	27,02%	69	35,03%	36	31,58%	306	29,00%
Vías respiratorias	204	27,42%	43	21,83%	24	21,05%	271	25,69%
Gastrointestinales	87	11,69%	22	11,17%	12	10,53%	121	11,47%
Parasitosis	10	1,34%	1	0,51%	2	1,75%	13	1,23%
Osteoarticulares	11	1,48%	5	2,54%	0	0,00%	16	1,52%
Vías urinarias	23	3,09%	8	4,06%	5	4,39%	36	3,41%
Neurológicas	15	2,02%	4	2,03%	3	2,63%	22	2,09%
Otras	183	24,60%	42	21,32%	31	27,19%	256	24,27%
No contestó	10	1,34%	3	1,52%	1	0,88%	14	1,33%
Total	744	100,00%	197	100,00%	114	100,00%	1,055	100,00%

ANEXO I.2

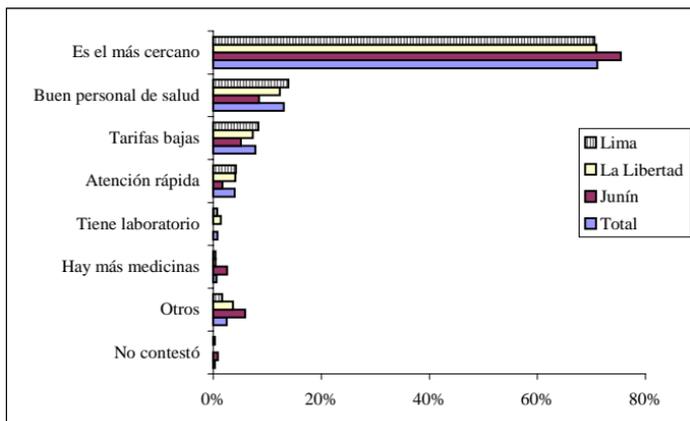
¿HACE CUÁNTOS DÍAS COMENZÓ EL MALESTAR,
DOLENCIA O ENFERMEDAD?
(Expresado en días)



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Cero días	5	0,92%	5	1,71%	3	4,17%	13	1,43%
Menos de 3 días	151	27,91%	191	65,19%	3	4,17%	345	38,08%
Tres días	79	14,60%	23	7,85%	18	25,00%	120	13,25%
Entre 4 y 7 días	149	27,54%	39	13,31%	20	27,78%	208	22,96%
Entre 8 y 14 días	44	8,13%	6	2,05%	7	9,72%	57	6,29%
Más de 14 días	97	17,93%	27	9,22%	18	25,00%	142	15,67%
No contestó	16	2,96%	2	0,68%	3	4,17%	21	2,32%
Total	541	100,00%	293	100,00%	72	100,00%	906	100,00%

ANEXO I.3

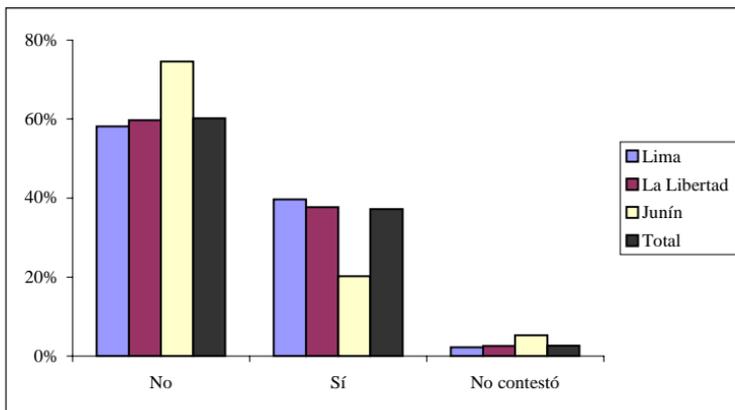
¿POR QUÉ SE ATENDIÓ HOY EN ESTE CENTRO DE SALUD?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
Es el más cercano	567	70,52%	156	70,91%	89	75,42%	812	71,10%
Buen personal de salud	112	13,93%	27	12,27%	10	8,47%	149	13,05%
Tarifas bajas	67	8,33%	16	7,27%	6	5,08%	89	7,79%
Atención rápida	34	4,23%	9	4,09%	2	1,69%	45	3,94%
Tiene laboratorio	6	0,75%	3	1,36%	0	0,00%	9	0,79%
Hay más medicinas	3	0,37%	1	0,45%	3	2,54%	7	0,61%
Otros	13	1,62%	8	3,64%	7	5,93%	28	2,45%
No contestó	2	0,25%	0	0,00%	1	0,85%	3	0,26%
Total	804	100,00%	220	100,00%	118	100,00%	1,142	100,00%

ANEXO I.4

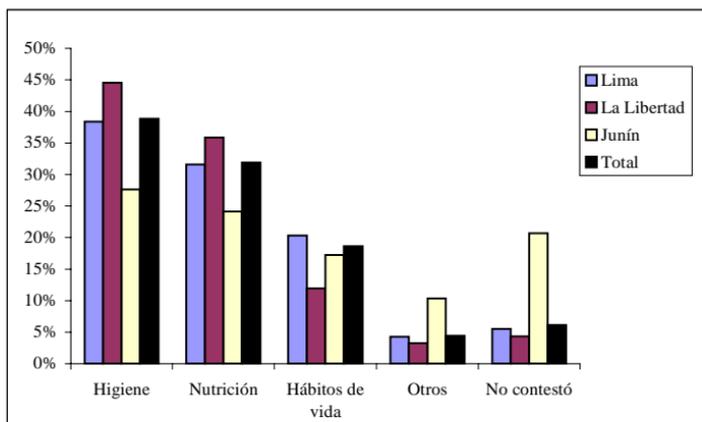
¿RECIBIÓ INFORMACIÓN SOBRE CÓMO PREVENIR
ALGUNAS ENFERMEDADES?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	431	58,09%	117	59,69%	85	74,56%	633	60,17%
Sí	294	39,62%	74	37,76%	23	20,18%	391	37,17%
No contestó	17	2,29%	5	2,55%	6	5,26%	28	2,66%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	100,00%	1,052	100,00%

ANEXO I.5

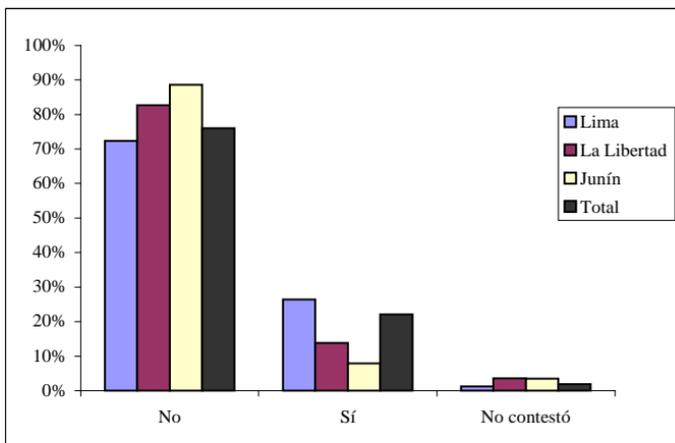
¿QUÉ TIPO DE INFORMACIÓN?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Higiene	153	38,35%	41	44,57%	8	27,59%	202	38,85%
Nutrición	126	31,58%	33	35,87%	7	24,14%	166	31,92%
Hábitos de vida	81	20,30%	11	11,96%	5	17,24%	97	18,65%
Otros	17	4,26%	3	3,26%	3	10,34%	23	4,42%
No contestó	22	5,51%	4	4,35%	6	20,69%	32	6,15%
Total	399	100,00%	92	100,00%	29	100,00%	520	100,00%

ANEXO I.6

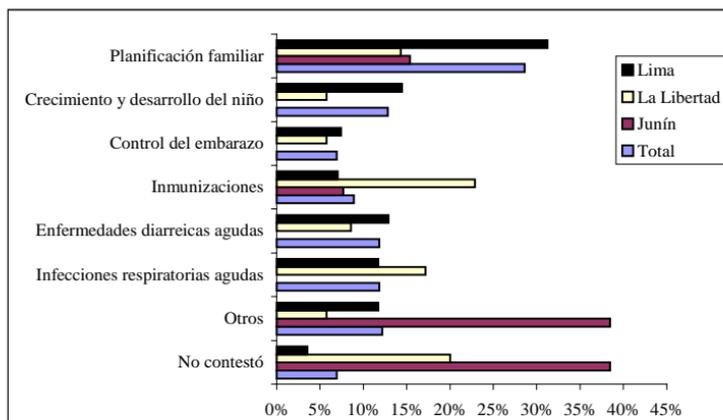
¿LE BRINDARON SERVICIOS O INFORMACIÓN QUE
NO HABÍA SOLICITADO?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	537	72,37%	162	82,65%	101	88,60%	800	76,05%
Sí	196	26,42%	27	13,78%	9	7,89%	232	22,05%
No contestó	9	1,21%	7	3,57%	4	3,51%	20	1,90%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	100,00%	1,052	100,00%

ANEXO I.7

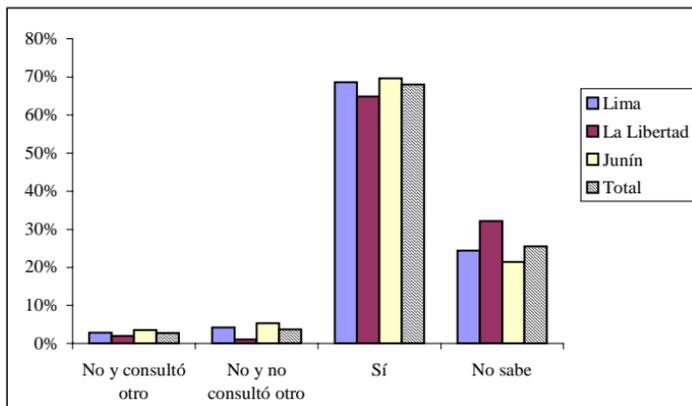
¿CUÁLES?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Planificación familiar	80	31,25%	5	14,29%	2	15,38%	87	28,62%
Crecimiento y desarrollo del niño	37	14,45%	2	5,71%	0	0,00%	39	12,83%
Control del embarazo	19	7,42%	2	5,71%	0	0,00%	21	6,91%
Inmunizaciones	18	7,03%	8	22,86%	1	7,69%	27	8,88%
Enfermedades diarreicas agudas	33	12,89%	3	8,57%	0	0,00%	36	11,84%
Infecciones respiratorias agudas	30	11,72%	6	17,14%	0	0,00%	36	11,84%
Otros	30	11,72%	2	5,71%	5	38,46%	37	12,17%
No contestó	9	3,52%	7	20,00%	5	38,46%	21	6,91%
Total	256	100,0%	35	100,0%	13	100,0%	304	100,0%

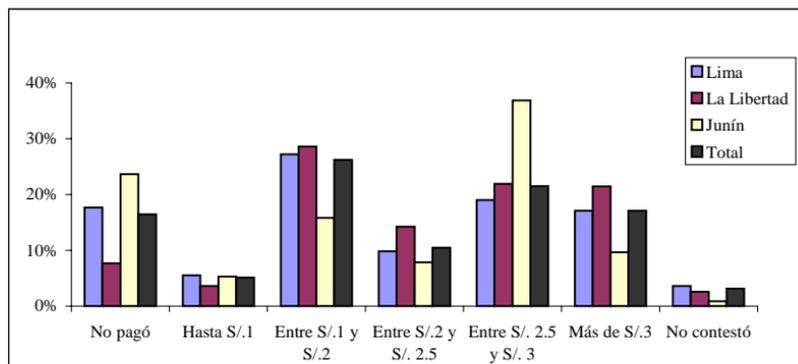
ANEXO I.8

¿USUALMENTE LA CURACIÓN EN EL CLAS ES SATISFACTORIA?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No y consultó otro	21	2,83%	4	2,04%	4	3,57%	29	2,76%
No y no consultó otro	31	4,18%	2	1,02%	6	5,36%	39	3,71%
Sí	509	68,60%	127	64,80%	78	69,64%	714	68,00%
No sabe	181	24,39%	63	32,14%	24	21,43%	268	25,52%
Total	742	100,00%	196	100,00%	112	100,00%	1,050	100,00%

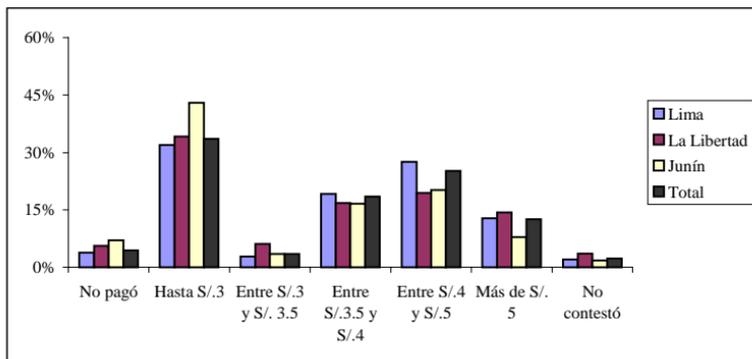
ANEXO 1.9

 ¿CUÁNTO PAGÓ POR LA CONSULTA?
 (Expresado en nuevos soles)


	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No pagó	131	17,65%	15	7,65%	27	23,68%	173	16,44%
Hasta S/.1	41	5,53%	7	3,57%	6	5,26%	54	5,13%
Entre S/.1 y S/.2	202	27,22%	56	28,57%	18	15,79%	276	26,24%
Entre S/.2 y S/. 2.5	73	9,84%	28	14,29%	9	7,89%	110	10,46%
Entre S/. 2.5 y S/. 3	141	19,00%	43	21,94%	42	36,84%	226	21,48%
Más de S/.3	127	17,12%	42	21,43%	11	9,65%	180	17,11%
No contestó	27	3,64%	5	2,55%	1	0,88%	33	3,14%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	100,00%	1,052	100,00%

ANEXO I.10

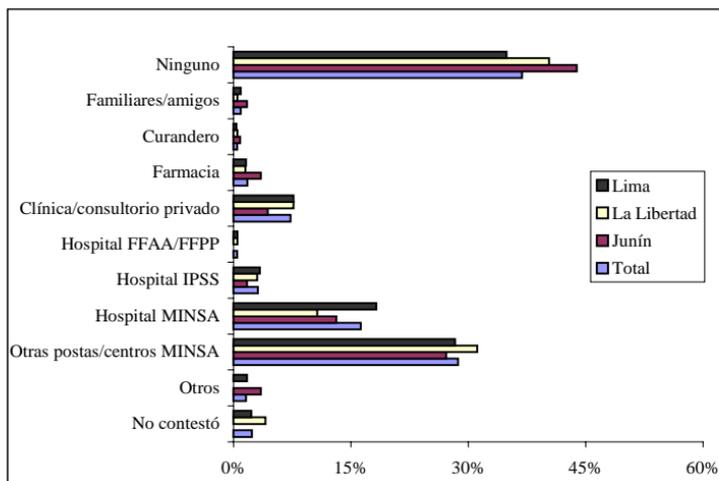
¿CUÁNTO ES LO MÁXIMO QUE ESTARÍA DISPUESTO A PAGAR
POR LA CONSULTA?
(Expresado en nuevos soles)



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No pagó	28	3,77%	11	5,61%	8	7,02%	47	4,47%
Hasta S/.3	237	31,94%	67	34,18%	49	42,98%	353	33,56%
Entre S/.3 y S/. 3.5	21	2,83%	12	6,12%	4	3,51%	37	3,52%
Entre S/.3.5 y S/.4	142	19,14%	33	16,84%	19	16,67%	194	18,44%
Entre S/.4 y S/.5	204	27,49%	38	19,39%	23	20,18%	265	25,19%
Más de S/. 5	95	12,80%	28	14,29%	9	7,89%	132	12,55%
No contestó	15	2,02%	7	3,57%	2	1,75%	24	2,28%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	100,00%	1,052	100,00%

ANEXO L11

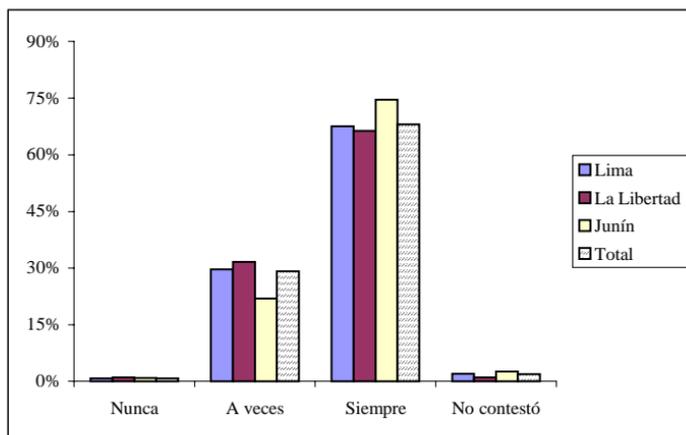
SI LA TARIFA DEL ESTABLECIMIENTO FUESE MAYOR A LA MÁXIMA CANTIDAD QUE PUEDE PAGAR, ¿EN DÓNDE SE ATENDERÍA?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	260	34,90%	79	40,31%	50	43,86%	389	36,87%
Familiares/amigos	7	0,94%	1	0,51%	2	1,75%	10	0,95%
Curandero	3	0,40%	1	0,51%	1	0,88%	5	0,47%
Farmacia	12	1,61%	3	1,53%	4	3,51%	19	1,80%
Clínica/consultorio privado	57	7,65%	15	7,65%	5	4,39%	77	7,30%
Hospital FFAA/FFPP	4	0,54%	1	0,51%	0	0,00%	5	0,47%
Hospital IPSS	25	3,36%	6	3,06%	2	1,75%	33	3,13%
Hospital MINSA	136	18,26%	21	10,71%	15	13,16%	172	16,30%
Otros puestos/centros MINSA	211	28,32%	61	31,12%	31	27,19%	303	28,72%
Otros	13	1,74%	0	0,00%	4	3,51%	17	1,61%
No contestó	17	2,28%	8	4,08%	0	0,00%	25	2,37%
Total	745	100,0%	196	100,0%	114	100,0%	1,055	100,0%

ANEXO L12

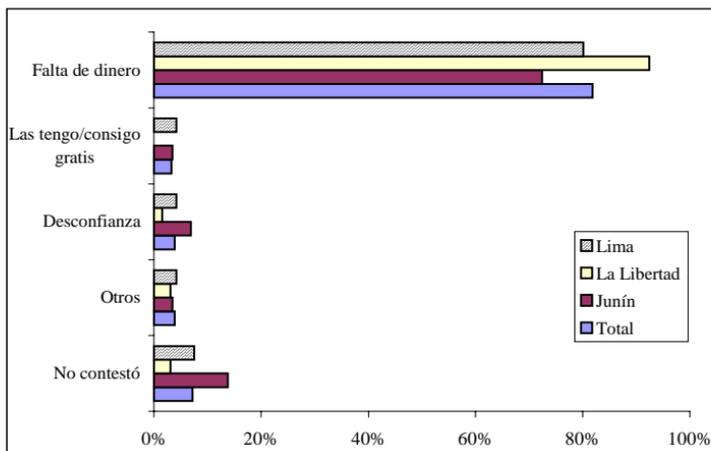
¿COMPRA TODAS LAS MEDICINAS QUE LE RECETAN?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca	6	0,81%	2	1,02%	1	0,88%	9	0,86%
A veces	220	29,65%	62	31,63%	25	21,93%	307	29,18%
Siempre	501	67,52%	130	66,33%	85	74,56%	716	68,06%
No contestó	15	2,02%	2	1,02%	3	2,63%	20	1,90%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	1	1,052	100,00%

ANEXO L13

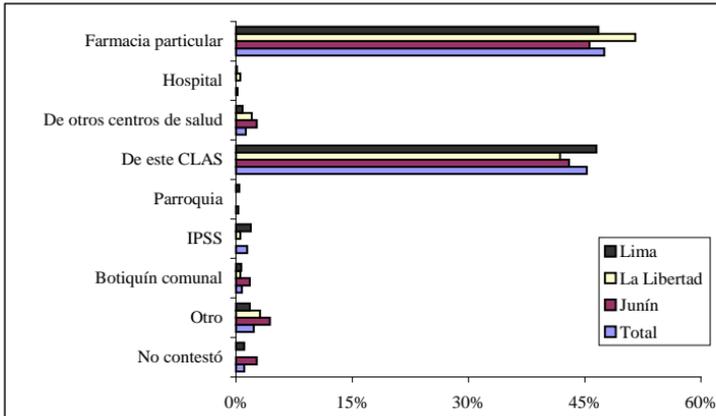
¿POR QUÉ NUNCA O SÓLO A VECES COMPRA LAS MEDICINAS QUE LE RECETAN?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Falta de dinero	193	80,08%	61	92,42%	21	72,41%	275	81,85%
Las tengo/consigo gratis	10	4,15%	0	0,00%	1	3,45%	11	3,27%
Desconfianza	10	4,15%	1	1,52%	2	6,90%	13	3,87%
Otros	10	4,15%	2	3,03%	1	3,45%	13	3,87%
No contestó	18	7,47%	2	3,03%	4	13,79%	24	7,14%
Total	241	100,00%	66	100,00%	29	100,00%	336	100,00%

ANEXO L14

USUALMENTE, ¿DE DÓNDE OBTIENE LAS MEDICINAS?



	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Farmacia particular	347	46,77%	101	51,53%	52	45,61%	500	47,53%
Hospital	1	0,13%	1	0,51%	0	0,00%	2	0,19%
De otros centros de salud	6	0,81%	4	2,04%	3	2,63%	13	1,24%
De este CLAS	345	46,50%	82	41,84%	49	42,98%	476	45,25%
Parroquia	3	0,40%	0	0,00%	0	0,00%	3	0,29%
IPSS	14	1,89%	1	0,51%	0	0,00%	15	1,43%
Botiquín comunal	5	0,67%	1	0,51%	2	1,75%	8	0,76%
Otro	13	1,75%	6	3,06%	5	4,39%	24	2,28%
No contestó	8	1,08%	0	0,00%	3	2,63%	11	1,05%
Total	742	100,0%	196	100,0%	114	100,0%	1,052	100,0%

ANEXO I.15

¿TIENE ALGÚN TIPO DE SEGURO DE SALUD?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	597	80,46%	158	80,61%	104	91,23%	859	81,65%
Sí	145	19,54%	38	19,39%	10	8,77%	193	18,35%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	100,00%	1,052	100,00%

ANEXO I.16

SI USTED PUDIERA, ¿QUÉ CAMBIOS O MEJORAS HARÍA EN ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Medicina/atención gratuita	92	106,98%	42	127,27%	17	283,33%	151	120,80%
Contratar personal mejor preparado	104	120,93%	23	69,70%	6	100,00%	133	106,40%
Mejoras en infraestructura	197	229,07%	37	112,12%	16	266,67%	250	200,00%
Ampliar horario y días de atención	86	100,00%	33	100,00%	6	100,00%	125	100,00%
Aumentar especialidades	290	337,21%	55	166,67%	38	633,33%	383	306,40%
Servicio de emergencia	75	87,21%	26	78,79%	8	133,33%	109	87,20%
Servicio laboratorio/rayos X	99	115,12%	8	24,24%	3	50,00%	110	88,00%
Mejor trato/mayor comunicación	25	29,07%	15	45,45%	2	33,33%	42	33,60%
Más campañas de prevención/difusión	26	30,23%	8	24,24%	3	50,00%	37	29,60%
Mejor atención	9	10,47%	3	9,09%	0	0,00%	12	9,60%
Mejoras en equipamiento	12	13,95%	5	15,15%	2	33,33%	19	15,20%
Ninguna	19	22,09%	31	93,94%	17	283,33%	67	53,60%
Otras	19	22,09%	7	21,21%	2	33,33%	28	22,40%
No contestó	32	37,21%	7	21,21%	12	200,00%	51	40,80%
Total	1,085	1261,6%	300	909,1%	132	2200,0%	1,517	1213,6%

ANEXO I.17

SI ESTOS CAMBIOS SE EFECTUARAN, ¿ESTARÍA DISPUESTO A PAGAR MÁS POR LOS SERVICIOS OFRECIDOS?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
No	82	11,34%	22	13,33%	14	14,43%	118	11,98%
Sí	610	84,37%	134	81,21%	68	70,10%	812	82,44%
No contestó	31	4,29%	9	5,45%	15	15,46%	55	5,58%
Total	723	100,00%	165	100,00%	97	100,00%	985	100,00%

ANEXO I.18

¿SABÍA QUE ESTE ESTABLECIMIENTO DE SALUD ES ADMINISTRADO
CONJUNTAMENTE POR REPRESENTANTES DE SU COMUNIDAD
Y DEL ESTADO?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	607	81,81%	150	76,53%	93	81,58%	850	80,80%
Sí	135	18,19%	44	22,45%	21	18,42%	200	19,01%
No contestó	0	0,00%	2	1,02%	0	0,00%	2	0,19%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	100,00%	1,052	100,00%

ANEXO I.19

¿CONOCE LOS NOMBRES DE LOS REPRESENTANTES DE SU COMUNIDAD?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	681	91,78%	180	91,84%	99	86,84%	960	91,25%
Sí	59	7,95%	16	8,16%	15	13,16%	90	8,56%
No contestó	2	0,27%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,19%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	100,00%	1,052	100,00%

ANEXO I.20

¿PARTICIPÓ EN LA ELECCIÓN DE LOS REPRESENTANTES
DE SU COMUNIDAD?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	716	96,50%	187	95,41%	105	92,11%	1,008	95,82%
Sí	24	3,23%	8	4,08%	9	7,89%	41	3,90%
No contestó	2	0,27%	1	0,51%	0	0,00%	3	0,29%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	100,00%	1,052	100,00%

ANEXO I.21

¿CONSIDERA NECESARIA LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES DE LA
COMUNIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DEL CENTRO DE SALUD?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	179	24,12%	58	29,59%	4	3,51%	241	22,91%
Sí	314	42,32%	103	52,55%	53	46,49%	470	44,68%
No sabe	249	33,56%	35	17,86%	57	50,00%	341	32,41%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	100,00%	1,052	100,00%

ANEXO I.22

¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD HA CONTRIBUIDO A EDUCAR A MÁS GENTE SOBRE CÓMO PREVENIR Y ENFRENTAR ENFERMEDADES?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nada	14	10,37%	5	10,87%	2	9,52%	21	10,40%
Muy poco	17	12,59%	4	8,70%	4	19,05%	25	12,38%
Poco	39	28,89%	11	23,91%	7	33,33%	57	28,22%
Bastante	49	36,30%	21	45,65%	6	28,57%	76	37,62%
No contestó	16	11,85%	5	10,87%	2	9,52%	23	11,39%
Total	135	100,00%	46	100,00%	21	100,00%	202	100,00%

ANEXO I.23

¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD HA CONTRIBUIDO A ASEGURAR LA ATENCIÓN Y MEDICINAS A LOS MÁS POBRES?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nada	11	8,15%	4	8,70%	6	28,57%	21	10,40%
Muy poco	16	11,85%	3	6,52%	5	23,81%	24	11,88%
Poco	40	29,63%	8	17,39%	4	19,05%	52	25,74%
Bastante	48	35,56%	25	54,35%	4	19,05%	77	38,12%
No contestó	20	14,81%	6	13,04%	2	9,52%	28	13,86%
Total	135	100,00%	46	100,00%	21	100,00%	202	100,00%

ANEXO I.24

¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES HA CONTRIBUIDO A PONER TARIFAS QUE PUEDAN SER PAGADAS POR LA MAYORÍA DE LA POBLACIÓN?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nada	16	11,85%	4	8,70%	7	33,33%	27	13,37%
Muy poco	17	12,59%	3	6,52%	2	9,52%	22	10,89%
Poco	35	25,93%	10	21,74%	5	23,81%	50	24,75%
Bastante	47	34,81%	24	52,17%	5	23,81%	76	37,62%
No contestó	20	14,81%	5	10,87%	2	9,52%	27	13,37%
Total	135	100,00%	46	100,00%	21	100,00%	202	100,00%

ANEXO I.25

¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES HA CONTRIBUIDO A MEJORAR EL TRATO DEL PERSONAL DE SALUD A LOS USUARIOS?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nada	9	6,67%	2	4,35%	2	9,52%	13	6,44%
Muy poco	11	8,15%	3	6,52%	2	9,52%	16	7,92%
Poco	48	35,56%	14	30,43%	6	28,57%	68	33,66%
Bastante	47	34,81%	22	47,83%	9	42,86%	78	38,61%
No contestó	20	14,81%	5	10,87%	2	9,52%	27	13,37%
Total	135	100,00%	46	100,00%	21	100,00%	202	100,00%

ANEXO I.26

¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES HA CONTRIBUIDO A CONTAR CON PERSONAL DE SALUD MÁS CAPAZ Y MEJOR PREPARADO?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nada	11	8,15%	4	8,70%	1	4,76%	16	7,92%
Muy poco	19	14,07%	4	8,70%	3	14,29%	26	12,87%
Poco	47	34,81%	15	32,61%	10	47,62%	72	35,64%
Bastante	36	26,67%	17	36,96%	6	28,57%	59	29,21%
No contestó	22	16,30%	6	13,04%	1	4,76%	29	14,36%
Total	135	100,00%	46	100,00%	21	100,00%	202	100,00%

ANEXO I.27

¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES HA CONTRIBUIDO A QUE LA POBLACIÓN ESTÉ ADECUADAMENTE INFORMADA SOBRE LA GESTIÓN DEL CLAS?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nada	32	23,70%	4	8,70%	4	19,05%	40	19,80%
Muy poco	27	20,00%	8	17,39%	4	19,05%	39	19,31%
Poco	32	23,70%	9	19,57%	3	14,29%	44	21,78%
Bastante	21	15,56%	19	41,30%	9	42,86%	49	24,26%
No contestó	23	17,04%	6	13,04%	1	4,76%	30	14,85%
Total	135	100,00%	46	100,00%	21	100,00%	202	100,00%

ANEXO I.28

¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES HA CONTRIBUIDO A QUE LA POBLACIÓN PUEDA EXPRESAR SUS RECLAMOS Y SUGERENCIAS?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nada	16	11,85%	5	10,87%	6	28,57%	27	13,37%
Muy poco	24	17,78%	6	13,04%	1	4,76%	31	15,35%
Poco	38	28,15%	17	36,96%	5	23,81%	60	29,70%
Bastante	32	23,70%	12	26,09%	8	38,10%	52	25,74%
No contestó	25	18,52%	6	13,04%	1	4,76%	32	15,84%
Total	135	100,00%	46	100,00%	21	100,00%	202	100,00%

ANEXO I.29

¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES
HA CONTRIBUIDO A MEJORAR EL LOCAL Y EQUIPAMIENTO TÉCNICO
DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nada	10	7,41%	2	4,35%	2	9,52%	14	6,93%
Muy poco	16	11,85%	3	6,52%	2	9,52%	21	10,40%
Poco	36	26,67%	15	32,61%	8	38,10%	59	29,21%
Bastante	50	37,04%	19	41,30%	8	38,10%	77	38,12%
No contestó	23	17,04%	7	15,22%	1	4,76%	31	15,35%
Total	135	100,00%	46	100,00%	21	100,00%	202	100,00%

ANEXO I.30

¿EN QUÉ MEDIDA CREE QUE LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES
HA CONTRIBUIDO A BRINDAR NUEVOS SERVICIOS Y ESPECIALIDADES?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Nada	15	65,22%	12	171,43%	4	400,00%	31	100,00%
Muy poco	20	86,96%	1	14,29%	7	700,00%	28	90,32%
Poco	60	260,87%	12	171,43%	3	300,00%	75	241,94%
Bastante	17	73,91%	15	214,29%	5	500,00%	37	119,35%
No contestó	23	100,00%	6	85,71%	2	200,00%	31	100,00%
Total	135	586,96%	46	657,14%	21	2100,00%	202	651,61%

ANEXO I.31

¿CUÁL CREE QUE DEBE SER LA MISIÓN DE LOS REPRESENTANTES DE LA
COMUNIDAD EN LA ADMINISTRACIÓN DEL CLAS?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Político	39	28,89%	23	50,00%	1	4,76%	63	31,19%
Mejorar el servicio de salud	206	152,59%	73	158,70%	16	76,19%	295	146,04%
Garantizar la atención a los más pobres	280	207,41%	51	110,87%	36	171,43%	367	181,68%
Conseguir más recursos	129	95,56%	15	32,61%	15	71,43%	159	78,71%
Otros	20	14,81%	8	17,39%	9	42,86%	37	18,32%
No contestó	81	60,00%	32	69,57%	37	176,19%	150	74,26%
Total	755	559,3%	202	439,1%	114	542,9%	1,071	530,2%

ANEXO I.32

¿CONSIDERA QUE LA CALIDAD DEL SERVICIO CLAS HA MEJORADO, EMPEORADO
O SE HA MANTENIDO IGUAL CON LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES DE LA
COMUNIDAD?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ha empeorado	48	6,59%	1	0,54%	0	0,00%	49	4,79%
Se ha mantenido igual	136	18,68%	33	17,74%	11	10,00%	180	17,58%
Ha mejorado	291	39,97%	80	43,01%	33	30,00%	404	39,45%
No sabe	253	34,75%	72	38,71%	66	60,00%	391	38,18%
Total	728	100,00%	186	100,00%	110	100,00%	1,024	100,00%

ANEXO I.33

¿CONSIDERA QUE LA CALIDAD DEL SERVICIO CLAS MEJORARÍA, EMPEORARÍA O SE MANTENDRÍA IGUAL SIN LA PRESENCIA DE REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Empeoraría	151	20,35%	57	29,08%	15	13,16%	223	21,20%
Seguiría igual	132	17,79%	43	21,94%	9	7,89%	184	17,49%
Mejoraría	110	14,82%	9	4,59%	5	4,39%	124	11,79%
No sabe	349	47,04%	87	44,39%	85	74,56%	521	49,52%
Total	742	100,00%	196	100,00%	114	100,00%	1,052	100,00%

ANEXO I.34

ANTES DE LA CREACIÓN DE ESTE CENTRO DE SALUD,
¿DÓNDE ACUDÍA PARA RECIBIR ATENCIÓN EN SALUD?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ninguno	122	16,20%	52	26,26%	24	20,87%	198	18,57%
El mismo establecimiento	66	8,76%	20	10,10%	6	5,22%	92	8,63%
Otros puestos/centros de salud	237	31,47%	51	25,76%	21	18,26%	309	28,99%
Hospital MINSA	209	27,76%	49	24,75%	44	38,26%	302	28,33%
Hospital IPSS	48	6,37%	13	6,57%	4	3,48%	65	6,10%
Hospital FFAA/FFPP	7	0,93%	0	0,00%	1	0,87%	8	0,75%
Clínica/consultorio	41	5,44%	11	5,56%	6	5,22%	58	5,44%
Farmacia	3	0,40%	1	0,51%	5	4,35%	9	0,84%
Curandero	3	0,40%	0	0,00%	3	2,61%	6	0,56%
Otros	10	1,33%	0	0,00%	0	0,00%	10	0,94%
No contestó	7	0,93%	1	0,51%	1	0,87%	9	0,84%
Total	753	100,00%	198	100,00%	115	100,00%	1,066	100,00%

ANEXO I.35

¿CREE QUE LOS REPRESENTANTES DE LA COMUNIDAD EN EL CONSEJO DIRECTIVO DEBEN RECIBIR UN INCENTIVO ECONÓMICO POR SU PARTICIPACIÓN?

	Lima		La Libertad		Junín		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No	118	33,81%	27	31,03%	4	4,71%	149	28,60%
Sí	391	112,03%	95	109,20%	41	48,24%	527	101,15%
No sabe	233	66,76%	74	85,06%	69	81,18%	376	72,17%
Total	742	212,61%	196	225,29%	114	134,12%	1,052	201,92%

1. Velarde, Julio y Martha Rodríguez, *Líneamientos para un programa de estabilización de ajuste drástico*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1992, 34 pp.
2. Velarde, Julio y Martha Rodríguez, *El programa económico de agosto de 1990: evaluación del primer año*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1992, 42 pp.
3. Portocarrero S., Felipe, *Religión, familia, riqueza y muerte en la élite económica. Perú: 1900-1950*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1992, 88 pp.
4. Velarde, Julio y Martha Rodríguez, *Los problemas del orden y la velocidad de la liberalización de los mercados*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1992, 60 pp.
5. Velarde, Julio y Martha Rodríguez, *De la desinflación a la hiperestanflación. Perú 1985-1990*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1992, 71 pp.
6. Portocarrero S., Felipe y Luis Torrejón M., *Las inversiones en valores nacionales de la élite económica. Perú: 1916-1932*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1992, 57 pp.
7. Arias Quincot, César, *La Perestroika y el fin de la Unión Soviética*, Lima: CIUP, 1992, 111 pp.
8. Schwalb, María Matilde, *Relaciones de negociación entre las empresas multinacionales y los gobiernos anfitriones: el caso peruano*, Lima: CIUP, 1993, 58 pp.
9. Revilla, Julio E., *Frenesí de préstamos y cese de pagos de la deuda externa: el caso del Perú en el siglo XIX*, Lima: CIUP, 1993, 126 pp.
10. Morón, Eduardo, *La experiencia de banca libre en el Perú: 1860-1879*, Lima: CIUP, 1993, 48 pp.
11. Cayo Córdova, Percy, *Las primeras relaciones internacionales Perú-Ecuador*, Lima: CIUP, 1993, 72 pp.
12. Urrunaga, Roberto y Alberto Huarote, *Opciones, futuros y su implementación en la Bolsa de Valores de Lima*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1993, 86 pp.
13. Sardón, José Luis, *Estado, política y gobierno*, Lima: CIUP, 1994, 128 pp.
14. Gómez, Rosario, *La comercialización del mango fresco en el mercado norteamericano*, Lima: CIUP, 1994, 118 pp.
15. Malarín, Héctor y Paul Remy, *La contaminación de aguas superficiales en el Perú: una aproximación económico-jurídica*, Lima: CIUP, 1994, 88 pp.

16. Malarín, Héctor y Elsa Galarza, *Lineamientos para el manejo eficiente de los recursos en el sector pesquero industrial peruano*, Lima: CIUP, 1994, 92 pp.
17. Yamada, Gustavo, *Estrategias de desarrollo, asistencia financiera oficial e inversión privada directa: la experiencia japonesa*, Lima: CIUP, 1994, 118 pp.
18. Velarde, Julio y Martha Rodríguez, *El programa de estabilización peruano: evaluación del período 1991-1993*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1994, 44 pp.
19. Portocarrero S., Felipe y María Elena Romero, *Política social en el Perú 1990-1994: una agenda para la investigación*, Lima: CIUP-CIID-SASE, 1994, 136 pp.
20. Schuldt, Jürgen, *La enfermedad holandesa y otros virus de la economía peruana*, Lima: CIUP, 1994, 84 pp.
21. Gómez, Rosario y Erick Hurtado, *Relaciones contractuales en la agroexportación: el caso del mango fresco*, Lima: CIUP, 1995, 100 pp.
22. Seminario, Bruno, *Reformas estructurales y política de estabilización*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1995, 153 pp.
23. L. Dóriga, Enrique, *Cuba 1995: vivencias personales*, Lima: CIUP, 1996, 94 pp.
24. Parodi, Carlos, *Financiamiento universitario: teoría y propuesta de reforma para el Perú*, Lima: CIUP, 1996, 138 pp.
25. Araoz, Mercedes y Roberto Urrunaga, *Finanzas municipales: ineficiencias y excesiva dependencia del gobierno central*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1996, 217 pp.
26. Yamada Fukusaki, Gustavo y José Luis Ruiz Pérez, *Pobreza y reformas estructurales. Perú 1991-1994*, Lima: CIUP-Consorcio de Investigación Económica, 1996, 116 pp.
27. Gómez de Zea, Rosario; Roberto Urrunaga y Roberto Bel, *Evaluación de la estructura tributaria nacional: 1990-1994*, Lima: CIUP, 1997, 140 pp.
28. Rivas-Llosa M., Roddy, *Los bonos Brady*, Lima: CIUP, 1997, 158 pp.
29. Galarza, Elsa (ed.), *Informe anual de la economía peruana: 1996*, Lima: CIUP, 1997, 116 pp.
30. Cortez, Rafael y César Calvo, *Nutrición infantil en el Perú: un análisis empírico basado en la Encuesta Nacional de Niveles de Vida 1994*, Lima: CIUP, 1997, 80 pp.
31. Yamada Fukusaki, Gustavo y Miguel Jaramillo Baanante, *Información en el mercado laboral: teoría y políticas*, Lima: CIUP, 1998, 104 pp.
32. Seminario, Bruno y Arlette Beltrán, *Crecimiento económico en el Perú: 1896-1995. Nuevas evidencias estadísticas*, Lima: CIUP, 1998, 330 pp.