



DFID
Ministerio Británico para el
Desarrollo Internacional



**Proyecto “Fortalecimiento Institucional de la Defensoría del Pueblo para
la Protección de los Derechos Humanos en Salud”**

PER 00014459 (PER /03/037)

**“El Derecho a la Salud en Establecimientos de Salud con
Administración Compartida - CLAS: Derecho al Servicio, Derecho a la
Participación y Derecho a la Información en Zonas de Pobreza y
Exclusión - Estudio de Casos”**

Consultor: Dr. Oscar Cosavalente Vidarte

Asesoría y Revisión: Dr. Danilo Fernández Borjas

Edición: Giannina Brescia

Lima - Febrero 2005

Índice

	Página
Acrónimos	7
PRIMERA SECCION - DOCUMENTO TÉCNICO CON CARÁCTER DE ESTUDIO DE CASOS CLAS	8
Resumen Ejecutivo	9
Introducción	11
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO	13
1.1. El enfoque de los Derechos en Salud	14
1.1.1. Bases normativas del derecho a la salud	15
1.1.2. Los instrumentos mundiales	15
1.1.3. Los instrumentos regionales	16
1.1.4. Los instrumentos nacionales	17
1.1.5. El rol del Estado para la garantía del Derecho a la Salud	19
1.2. El enfoque de Pobreza	21
CAPÍTULO II: MARCO LÓGICO Y CONCEPTUAL DE ALGUNOS MECANISMOS PARA LA EXTENSIÓN DEL DERECHO A LA SALUD	23
2.1. La producción de la salud	24
2.2. Aseguramiento público en salud	25
2.3. El contenido mínimo en el primer nivel de atención	26
2.4. Los atributos del contenido del Derecho a la salud	28
CAPÍTULO III: GENERALIDADES SOBRE EL MODELO DE GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA	30
3.1. Las Políticas Sectoriales	31
3.2. El Acuerdo Nacional	31
3.3. La Gestión en el Nivel Nacional	33
3.4. La Gestión en el Nivel Regional	33
3.5. La Gestión en el Nivel en las Redes y Microrredes	35
3.6. La Gestión en los Establecimientos de Salud	35
3.7. El Programa de Salud Local – PSL	36
3.8. Las relaciones de intercambio de las ACLAS	36

	Página
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DEL ESTUDIO	38
4.1. La unidad de análisis	40
4.2. La selección de los ACLAS	40
4.2.1. La selección objetiva	41
4.2.2. La selección subjetiva	42
4.3. La selección de los No CLAS	43
4.4. Los criterios de inclusión	43
4.5. La muestra	45
4.6. El esquema conceptual del estudio	45
4.7. Los instrumentos de recolección	47
4.8. Las encuestas	47
4.8.1. La encuesta de percepciones	47
4.8.1.1. La validación del instrumento	48
4.8.1.2. Procedimientos básicos aplicados en la encuesta	49
4.8.2. La evaluación socioeconómica – SIS	49
4.8.3. La metodología de la evaluación socioeconómica	50
4.9. Los grupos focales	51
4.9.1. Las preguntas del cuestionario	51
4.9.2. La realización del grupo focal	52
4.9.3. Procedimientos básicos aplicados en la encuesta	53
4.9.4. Las características de los grupos focales	53
4.10. La lista de chequeo	53
4.11. Método de análisis	55
4.12. Anexos de los instrumentos	57
4.12.1. Formato de la encuesta de percepciones	58
4.12.2. Formato de cuestionario para el grupo focal	59
4.12.3. Formato para lista de chequeo	59
CAPÍTULO V: RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASOS Y LOS CONTROLES	60
5.1. Generalidades de los establecimientos de salud	61
5.2. La evaluación socioeconómica y el acceso al aseguramiento público	62
5.3. El derecho a la atención en los estudios de casos	69
5.4. El derecho a la información en los estudios de casos	78
5.5. El derecho a la participación en los estudios de casos	80
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	87
BIBLIOGRAFÍA	90

	Página
SEGUNDA SECCION - DOCUMENTO TÉCNICO DE PROPUESTA DE RECOMENDACIONES PROSPECTIVAS DE POLÍTICA Y EJECUTIVAS	92
Introducción	93
CAPÍTULO VII: MARCO REFERENCIAL	95
7.1. Consideraciones para el mercado de salud	98
7.2. Condicionantes de los usuarios	98
7.3. Revisión de las políticas	99
7.4. Ajustes y actualización de normas	99
7.5. Fortalecimiento institucional	100
CAPÍTULO VIII: METODOLOGÍA	101
8.1. Identificación del problema	102
8.2. Identificación de los factores macro del problema	102
8.3. Elaboración de recomendaciones	103
CAPÍTULO IX: RECOMENDACIONES PARA EL MINISTERIO DE SALUD	104
9.1. Para la institucionalidad del sector	104
9.2. Protección del ciudadano	105
9.3. Cobertura del aseguramiento público	106
9.4. Capacidad técnica de la gestión regional	107
CAPÍTULO X: RECOMENDACIONES PARA LA DEFENSORIA DEL PUEBLO	109
10.1. Institucionalidad del sector	109
CAPÍTULO XI: RECOMENDACIONES PARA LAS ACLAS	111
CAPÍTULO XII: CONCLUSIONES	113
BIBLIOGRAFIA	114
ANEXOS (Disponibles en el archivo del Proyecto/Adjuntía para la Administración Estatal)	

Índice de esquemas

	Página
Esquema N° 1: Las relaciones de intercambio reguladas de los establecimientos de salud administrados por una ACLAS	37
Esquema N° 2: Representación gráfica de la unidad de análisis del estudio de casos	39
Esquema N° 3: Aplicación de los criterios de inclusión para la selección de los establecimientos de salud No CLAS de control	44
Esquema N° 4: Esquema conceptual de la investigación con estudio de casos	46

Índice de tablas

	Página
Tabla N° 1: Establecimientos de salud CLAS y No CLAS seleccionados para el estudio	40
Tabla N° 2: Variables de evaluación de desempeño de las ACLAS para el periodo 2003	41
Tabla N° 3: Características genéricas de los establecimientos de salud objeto de estudio administrados por una ACLAS	43
Tabla N° 4: Características genéricas de los establecimientos de salud de control No CLAS	45
Tabla N° 5: Número de participantes de los grupos focales	52
Tabla N° 6: Relaciones entre los establecimientos CLAS con No CLAS para el análisis comparativo	55
Tabla N° 7: Relaciones entre los dos mejores establecimientos CLAS con los dos opuestos CLAS para el análisis comparativo	56
Tabla N° 8: Aceptabilidad cultural de los establecimientos de salud CLAS mejor desempeño, desempeño opuesto	70
Tabla N° 9: Aceptabilidad cultural de los establecimientos de salud CLAS mejor desempeño, No CLAS con mejor desempeño	71
Tabla N° 10: Accesibilidad económica en los CLAS con mejor desempeño y desempeño opuesto	72
Tabla N° 11: Accesibilidad económica en los CLAS y No CLAS con mejor desempeño	72
Tabla N° 12: Accesibilidad económica en los CLAS y No CLAS con desempeño opuesto	72
Tabla N° 13: Los tiempos de espera en los establecimientos de salud de la muestra	74
Tabla N° 14: Accesibilidad cultural. Usuarios que entienden “todo” o “más o menos” en los establecimientos de salud de la muestra	74
Tabla N° 15: Derecho a la atención. Disponibilidad de Atención por Vacunas ASA en la muestra con mejor desempeño	75
Tabla N° 16: Derecho a la atención. Disponibilidad de Atención por Vacunas ASA en la muestra con desempeño opuesto	75
Tabla N° 17: Derecho a la atención. Disponibilidad de Atención por CRED < 1 año en la muestra con mejor desempeño	76
Tabla N° 18: Derecho a la atención. Disponibilidad de Atención por CRED < 1 año en la muestra con desempeño opuesto	76
Tabla N° 19: Derecho a la Información. Publicación de tarifario en los establecimientos de salud	79
Tabla N° 20: Derecho a la información. Publicación de flujogramas de atención en la muestra	79
Tabla N° 21: Derecho a la información. Cumplimiento de la información sobre la atención de la salud en los CLAS	80

Índice de gráficos

	Página
Gráfico N° 1: Acceso al aseguramiento público de los niños de 0 a 4 años en todos los establecimientos de salud (CLAS y No CLAS) del estudio	63
Gráfico N° 2: Acceso al aseguramiento público de población de 5 a 17 años en todos los establecimientos de salud (CLAS y No CLAS) del estudio	64
Gráfico N° 3: Acceso al aseguramiento público de las gestantes en todos los establecimientos de salud (CLAS y No CLAS) del estudio	64
Gráfico N° 4: Afiliaciones al SIS de grupos prioritarios en los mejores y opuestos CLAS	65
Gráfico N° 5: Afiliaciones al SIS de grupos prioritarios en los mejores CLAS y mejores No CLAS	66
Gráfico N° 6: Afiliaciones al SIS de grupos prioritarios en los CLAS y No CLAS de desempeño opuesto	67
Gráfico N° 7: Afiliaciones al SIS de pobladores Categoría A (no pobre) en todos los establecimientos de salud del estudio	68
Gráfico N° 8: Niveles totales de afiliación al SIS de grupos prioritarios en las muestras del estudio	69
Gráfico N° 9: Calidad percibida por la atención de personal administrativo y profesional de salud según las muestras	77

Acrónimos

ACLAS	Asociación Comunidad Local de Administración de Salud
APS	Atención Primaria en Salud
CIDH	Comité Internacional de Derechos Humanos
D.S.	Decreto Supremo
DIRES / DISA	Dirección Regional de Salud
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
MINSA	Ministerio de Salud
OIT	Organismo Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAAG	Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
PSL	Plan de Salud Local
R.M.	Resolución Ministerial
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
FESE	Ficha de Evaluación Socio Económica
CS	Centro de Salud
PS	Puesto de Salud

**PRIMERA SECCION – DOCUMENTO
TECNICO CON CARÁCTER DE ESTUDIO DE
CASOS CLAS**

Resumen Ejecutivo

A pesar de haber transcurrido una década entera de haber iniciado el modelo de gestión de Administración Compartida para los establecimientos de salud del primer nivel adscritos al Ministerio de Salud aún existen pocas evidencias objetivas de cómo el modelo ha conseguido los supuestos que dieron origen a su creación. La producción de la salud en estos establecimientos de salud, que en la actualidad conforman una importante parte del subsector público de salud peruano, no puede escapar de ser sujeto de análisis desde el enfoque pro-derechos a la salud.

Los hallazgos del estudio de casos están centrados en las dimensiones de la garantía de la salud a los pobres del país y su realización con el enfoque de derechos en salud, componente primordial de los derechos sociales.

Se realizaron encuestas a ciento sesenta usuarios de ocho establecimientos de salud del primer nivel, se entrevistaron en grupos focales a ochenta y tres representantes de organizaciones sociales de base para medir el cumplimiento del contenido del derecho a la salud en los CLAS y sus respectivos controles No CLAS.

Los resultados del estudio descriptivo mostraron diferencias sustanciales en el cumplimiento del derecho a la salud entre los establecimientos de salud CLAS y no CLAS, con mayor énfasis en el atributo de accesibilidad económica cuando se describe el derecho a la atención. Los CLAS condicionan la atención de la salud a un pago previo, y además generan barreras de gestión para cumplir con el derecho a la afiliación que tienen hoy en día los pobres extremos y pobres no extremos del país.

En otros atributos hay un comportamiento no uniforme pero son evidencia de la escasez de recursos financieros y de recursos humanos para la implementación de los mecanismos ya regulados por el sistema que facilitarían la prestación de los servicios de salud a la población pobre y generalmente excluida en salud de las zonas examinadas. A partir de los hallazgos se discute la utilidad del modelo de gestión desde un enfoque pro-pobres y pro-derechos de salud y se formularán recomendaciones al sistema de salud y a la Defensoría del Pueblo.

Este estudio pretende ser un aporte al conocimiento de la Defensoría del Pueblo para el diseño organizacional en el marco del fortalecimiento institucional para la protección de los derechos humanos en salud, así como busca abordar elementos analíticos que en la actualidad son necesarios considerar para la mejora de la gestión y conducción en los niveles de gobierno nacional, regional, y los niveles de la sociedad civil y que hagan de la administración compartida un modelo que efectivamente garantice la mejora del acceso a la salud, la calidad de los servicios ya que hoy en día este modelo involucra a más de un tercio del total de los centros y puestos de salud del país.

Es preciso entender que en todo sistema, el cabal conocimiento y control de los “inputs” no garantiza la perfectibilidad de los “outputs”, lo cual toma mayor relevancia con el modelo de gestión que involucra a la comunidad organizada que de por sí ya tiene barreras dadas por el contexto que analizaremos en el estudio.

Se puede aproximar que las violaciones al derecho a la salud no están exclusivamente determinadas por carencias financieras y sí son fuertemente determinadas por carencias gerenciales que inciden negativamente en la capacidad para ejercer gobierno y autoridad en todos los niveles de gestión del subsistema MINSA.

Todos entendemos que la situación de salud es el resultado de múltiples factores. Pero cuántos de nosotros le damos importancia a los aspectos gerenciales como base para el ejercicio del rol constitucional y ampliamente amparado por las normas peruanas de garantizar “la atención integral de salud de todos los habitantes, cumpliendo las políticas y objetivos nacionales de salud en concertación con todos los sectores públicos y privados y otros actores sociales” como lo versa la misión aprobada en el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA que aplica a todos sus órganos desconcentrados y que tiene sustento legal en sus 24 objetivos funcionales.

Introducción

La sociedad peruana cada vez se enfrenta a mayores retos para optimizar el desarrollo humano de sus integrantes. En un país con tanta deuda social acumulada el reto se hace aún mayor ante la obligación que tiene el Estado de conciliar los derechos y necesidades sociales con las restricciones y carencias de todo tipo, sobretodo del orden financiero.

La salud, como uno de los componentes de los DESC, es quizás el que exige mayores recursos para su realización y por ende para su entrega a los pobladores.

La evidencia científica ha demostrado que el primer nivel de atención, que para el caso peruano son los Puestos y Centros de Salud, es el nivel donde se realiza las mayores transacciones en la provisión de la salud y donde quizá se puedan solucionar la mayor parte de las demandas originadas por la colectividad o por el individuo. En el Perú, el primer nivel representa la mayor parte del sistema de salud, y está constituido por más de siete mil establecimientos de salud.

Es en este nivel donde se efectivizan los derechos en salud en mayor proporción que en los niveles superiores, como los hospitales, puesto que es donde se produce la mayor cantidad de servicios en busca de la protección contra los riesgos de enfermar y morir en el largo plazo.

En la actualidad, toma mayor importancia el primer nivel de atención, sobretodo, para las poblaciones pobres del país, al implementarse el Seguro Integral de Salud que financia una importante capa de servicios del primer nivel, focalizados para la población que pueda demostrar la carencia de bienes y servicios que lo ponen en situación de pobreza, y a la vez, al ser éstos considerados como la puerta de entrada al sistema de aseguramiento público en salud.

Ya son diez años durante los cuales el primer nivel de atención puede ser administrado conjuntamente con la comunidad organizada, éstos han sido denominados como CLAS. Estos establecimientos de salud han sido sometidos a un sinnúmero de transformaciones en la gestión y en la producción de los servicios de salud con la inclusión de un nuevo actor: la comunidad organizada. Estas transformaciones han traído aciertos así como desaciertos que se traducen en algunos efectos indeseables a la hora de exigir la vigencia y el respeto de los derechos a la salud.

A pesar que el derecho a la salud está amparado por las normas superiores como la Constitución Política del Perú, y a su vez amparado por normas internacionales, tanto a nivel mundial como regional; no siempre el Estado se comporta racionalmente cuando se trata de implementar mecanismos básicos que efectivicen el derecho a la salud en términos prácticos y que sean percibidos por el usuario a la hora del contacto con el subsector público adscrito al MINSA, que es el universo donde se originan los CLAS.

Son muchos los factores determinantes de la salud hoy en día. Éstos evolucionan, se tornan más complejos, o en su defecto son superados, pero nunca pasan sin generar efectos en el sistema de salud. La participación social es un factor determinante de la situación de la salud en la actualidad. Qué tanto se ha puesto en práctica los mecanismos regulados para fortalecer el derecho a la participación de todo ciudadano peruano es uno de los objetos de este estudio.

Con esta investigación se busca analizar el nivel de cumplimiento del contenido del derecho a la salud tomando en cuenta sus principales componentes: derecho a la atención, derecho a la información y derecho a la participación.

Este estudio reconoce la necesidad de realizar ajustes a la gestión de la Administración Compartida para garantizar mejores resultados sistémicos que se traduzcan en mayor acceso a la salud de la población pobre y no pobre del país. También reconoce que la realidad es cambiante y analiza el pasado inmediato para describir el presente y poder proponer acciones en un futuro, tanto en el corto como en el mediano plazo.

CAPÍTULO I:

MARCO TEÓRICO Y NORMATIVO

El tema de los derechos en salud toma mayor relevancia en sociedades con altos niveles de pobreza y exclusión social. Los individuos de una sociedad con altos niveles de pobreza necesitan de los servicios de salud probablemente con mayor frecuencia debido a las condiciones económicas y ambientales en las que viven. Por eso, los Estados desde que iniciaron la institucionalización de los derechos económicos, sociales y culturales tienen mayores demandas por parte de la población, de la sociedad civil, del mercado y de la comunidad internacional para poder cumplir con la vigencia de los derechos, que se traducen en la práctica en servicios consumibles que generen valor social, económico y ético.

Cada Estado logra ser parte de una comunidad a nivel mundial mediante acuerdos que garanticen el buen desenvolvimiento en las relaciones que existen con sus gobernados. Para eso, los Estados hacen uso de normas internacionales y nacionales que dan sustento ideológico, social y práctico a su quehacer como gobernantes.

Los derechos en salud están cada vez más amparados por este tipo de normas que son el sustento de las normas nacionales; las que a su vez, dan soporte a las prácticas sociales e institucionales para efectivizar los derechos en salud en estrategias, mecanismos e instrumentos que sean percibidos por la población objetivo y que garanticen la prestación de servicios, que en el caso de la salud, cumplan con su objeto social de propender por un desarrollo humano armónico, equilibrado e integral.

De la capacidad del Estado de sostener las estrategias, los mecanismos, y los instrumentos que garanticen los servicios de salud en el nivel prestacional dependerá la realización de una gran parte de derechos en salud; reto sustancial y necesario para toda sociedad que presume de moderna en el mundo globalizado actual. Las estrategias, mecanismos e instrumentos responden a políticas públicas explícitas que, en teoría, son formuladas, ejecutadas y evaluadas por el Estado para asegurar una distribución más equitativa de las riquezas de la sociedad y así garantizar el acceso a servicios de interés público, que en última instancia, son la expresión del reconocimiento de los derechos sociales.

1.1. El enfoque de los Derechos en Salud

El derecho a la salud es un derecho de segunda generación¹, reconocido como componente de los derechos sociales, que por su vínculo con el derecho a la vida como derecho humano fundamental le da, en la práctica, una connotación superior entre los derechos sociales. Aunque, la racionalidad teórica exige que *“todos los derechos se caracterizan por ser universales, indivisibles, interdependientes, interrelacionados e inalienables”*².

El proceso de desarrollo y de reconocimiento político-social del derecho a la salud está básicamente vinculado al proceso de desarrollo industrial, al proceso de consolidación del modelo Estado-nación en el mundo occidental. La base de desarrollo del Estado estaba caracterizada por un creciente rol de intervención para la búsqueda de garantías mínimas que promuevan las buenas relaciones entre gobernantes y gobernados de una nación. Es así que se fortalece el concepto de la necesidad de regulación de lo público, bajo el cual se cobijó los bienes que se producen para mantener la salud.

Con el desarrollo de la economía como ciencia, se fortalece el reconocimiento de la salud como un bien público que tiene altas externalidades, y que no solamente causan beneficios individuales sino que de lo individual depende el beneficio colectivo, y en cuyas transacciones no hay incentivos claros ni explícitos para dejar esas transacciones a las decisiones individuales. Es allí que renace la firme convicción de diversos movimientos sociales³ que lograron influir en las esferas políticas para que la salud sea considerada como un bien público que debería ser reconocida como un derecho humano fundamental, y por lo tanto, otorgado por el Estado. Es así, que el derecho a la salud dejó de tener sólo el valor moral reconocido desde fines del siglo XIX para pasar a ser un asunto estatal en la labor de garantizar

¹ – derechos de segunda generación son los llamados derechos sociales, económicos y culturales que fueron reconocidos a mitad del siglo XX por amplios consensos internacionales, dentro del cual tenemos la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC). En el Pacto des se considera el Derecho a la salud como un derecho de carácter programático.

² – tomado de Tejada Pardo, David en Informe Final de Consultoría para la Defensoría del Pueblo. 2003.

³ – movimientos sociales ocurridos en Europa Occidental, luego de la devastación social y económica de los efectos de la Gran Depresión (1928-1939).

su satisfacción y, además, pone al individuo y la colectividad en una nueva posición ante la posibilidad de exigir su vigencia.

El reconocimiento del derecho a la salud como derecho humano por el Perú se remonta a la carta de constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946 que planteó que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin ningún tipo de distinción⁴. También, el Perú fue Estado promotor de la Declaración Universal de los Derechos Humanos acordada en 1948, que plantea que toda persona tiene derecho a un nivel adecuado de vida que le asegure salud y bienestar.

La salud, es pues, un derecho que en teoría busca la protección del individuo y la colectividad ante los riesgos y contingencias de la existencia humana. Por lo tanto, es el derecho a conservar la plenitud de las facultades físicas, mentales y espirituales⁵ y que su reconocimiento normativo, tanto internacional (mundial o regional) como nacional coloca a la salud en una categoría superior y la lleva de un mero valor moral a una perspectiva mayor que involucra al Estado en su satisfacción y otorga al individuo, como poseedor de ese derecho la posibilidad de exigir su vigencia.

1.1.1 Bases normativas del derecho a la salud

Existen tres niveles de normas que contienen el reconocimiento de la salud como un derecho humano: mundial, regional y nacional. Estas normas se constituyen en instrumentos que dan soporte jurídico al tratamiento y gestión de la salud como un derecho humano. También cumplen un rol de integración y complementariedad para tratar la salud desde diversos ángulos y que fortalecen la intención de generar responsabilidades en el Estado en la protección del mismo y a la vez otorga a los individuos la capacidad de exigencia ante cualquier tipo de falta, violación y supresión del derecho a la salud.

1.1.2. Los instrumentos mundiales

La Declaración Universal de Derechos Humanos⁶ se convierte en el primer reconocimiento de la comunidad internacional sobre derechos humanos y en su artículo 25° reza que *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios”*. En esta declaración quedan explícitos dos principios universales de los derechos humanos: la igualdad y la universalidad.

⁴ – OMS. Derechos Humanos.

⁵ – Tomado de la presentación del libro *La Salud está grave, una visión desde los derechos humanos*, de Uribe Muñoz, Alirio, PROVEA, De Currea, V., *et al.*, 2000, p. 14-15.

⁶ – promulgada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de la ONU.

Luego, en 1966 se firmó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), que específicamente en el artículo 12° trata lo siguiente⁷:

- Los Estados partes del presente Pacto reconocen el derecho de toda persona, al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Entre las medidas que deben adoptar los Estados partes del presente Pacto, a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figuran las necesarias para:
 - o La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - o El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - o La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidemiológicas endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - o Las condiciones, que aseguren a todos la asistencia médica y los servicios médicos en caso de enfermedad.

Se puede extraer que el PIDESC eleva los compromisos de los Estados en relación a la producción de la salud y hace énfasis en mecanismos explícitos para el aseguramiento del derecho en grupos vulnerables, y ve a la salud desde un enfoque holístico al tratar el medio ambiente y la higiene del trabajo.

Luego, la Declaración de Alma-Ata, reconfirma el rango de derecho que tiene la salud al declarar que *“la Conferencia reafirma firmemente que la salud, es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud”*⁸.

La Declaración de Alma-Ata también hace énfasis en la responsabilidad de los gobiernos (y por ende del Estado) en la provisión de las medidas sanitarias y sociales adecuadas para la salud de sus pueblos⁹. Además, desarrolla aspectos conceptuales marco sobre la Atención Primaria en Salud (APS) que serían la base para la agenda de muchos países, tanto del mundo desarrollado, como en vías de desarrollo.

1.1.3. Los instrumentos regionales

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, es el principal instrumento jurídico regional que explicita el reconocimiento del derecho a la salud en su artículo XI, al decir que *“toda persona tiene el derecho*

⁷ – Adoptado por la Asamblea General de la ONU, el 16 de diciembre de 1966.

⁸ – Promulgado el 12 de septiembre de 1978, en Alma-Atá (Kazajstán-URSS) con la participación de 134 naciones.

⁹ – ibid

a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”

La Convención Americana sobre Derechos Humanos¹⁰, o Pacto de San José, es el segundo instrumento regional que alude el derecho a la salud en la región, al decir en el artículo 26° que *“los Estados parte se comprometen a adoptar providencias, tanto a nivel interno como mediante la cooperación internacional, especialmente económica y técnica, para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos que se derivan de las normas económicas, sociales u sobre educación, ciencia y cultura, contenidas en la Carta de la Organización de Estados Americanos...”*

1.1.4. Los instrumentos nacionales

La Constitución Política de 1993, en el capítulo I, sobre los Derechos Fundamentales, y específicamente en los artículos 7° y 11° se refiere a los derechos de los peruanos a la salud. Específicamente, el artículo 7° dice que *“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad...”* y el artículo 11° establece que *“el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas...”*.

Ambos artículos representan la garantía jurídica principal de protección del derecho a la salud en el Perú, y, además, pone un marco base para el desarrollo de otras normas de menor jerarquía que dicten otros mecanismos e instrumentos para efectivizar el derecho a la salud en el Perú. Cabe destacar, que a diferencia, de los Estados de Bienestar, expresión máxima de la provisión y garantía del derecho a la salud provista por el Estado, la Constitución peruana no es enfática en el carácter público de la salud, y por ende, deja abierto el tema del financiamiento, que se constituye en un elemento central a la hora de efectivizar el contenido del derecho a la salud, sobretodo, en la población pobre del país.

La Ley General de Salud, Ley N° 26842¹¹, que representa una norma de menor jerarquía y a la vez específica sobre la producción de la salud en el país, sin importar la naturaleza jurídica del prestador o gestor, aborda en el Título Preliminar dieciocho declaraciones, de las cuales ocho otorgan un sustento mayor a la vigencia del derecho a la salud en el Perú.

- I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.
- II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.
- III. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección

¹⁰ – aprobada el 22 de noviembre de 1969.

¹¹ - promulgada en julio de 1997,

de la salud es irrenunciable. El concebido es sujeto de derecho en el campo de la salud.

IV. La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.

VI. Es de interés público la provisión de servicios de salud, cualquiera sea la persona o institución que los provea. Es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad. Es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública. El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad.

VII. El Estado promueve el aseguramiento universal y progresivo de la población para la protección de las contingencias que pueden afectar su salud y garantiza la libre elección de sistemas previsionales, sin perjuicio de un sistema obligatoriamente impuesto por el Estado para que nadie quede desprotegido.

VIII. El financiamiento del Estado se orienta preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos, que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud, público o privado.

XVIII. El Estado promueve la participación de la comunidad en la gestión de los servicios públicos de salud.

Para efectos de este estudio de casos son tres dimensiones del contenido del derecho a la salud que se abordan: (1) derecho a la prestación, (2) derecho a la participación y (3) derecho a la información. En el título I de la Ley N° 26842 sobre “Los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual” están declarados cinco artículos que norman el contenido de las tres dimensiones mencionadas.

Artículo 1º Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia.

Artículo 2º Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

Artículo 14º Toda persona tiene el derecho de participar individual o asociadamente en programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva.

Artículo 15º Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:

f) A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio;

g) A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el

diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren;

Artículo 40° Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico.

Es de resaltar que en esta norma se resalta la responsabilidad del Estado en intervenir en la producción de la salud por considerarla un asunto de interés público que demuestra que en términos conceptuales el Estado peruano reconoce su responsabilidad para darle vigencia al derecho a la salud y migrarla de un valor moral a uno de contenido de exigibilidad por parte de cualquier ciudadano. A la vez, incluye el mecanismo de participación comunitaria, estrategia reconocida por la APS de la Declaración de Alma-Ata, como un elemento básico para la producción de la salud.

De todo el marco normativo, mundial, regional y nacional, puede afirmarse que éste da una definición del contenido mínimo del derecho a la salud, que en el caso del Perú está determinado por un sistema de salud conformado por tres subsectores (público adscrito al MINSA, público adscrito a la seguridad social -EsSalud y FFAA, y privado), a pesar que existen corrientes teóricas por parte del Comité de DESC, que niegan la posibilidad de establecer un contenido mínimo esencial de los derechos económicos, sociales y culturales, y especialmente del derecho a la salud, para lo cual sostiene que *“siendo el ideal del ser humano llegar al nivel más alto posible de vida, no es posible fijar un límite mínimo uniforme debajo del cual se considere que un determinado Estado no está cumpliendo con sus obligaciones en materia de salud. En cambio, sí es factible determinar, teniendo en cuenta su naturaleza progresiva, si ha habido avances, retrocesos o estancamiento en el goce del derecho a la salud”*¹²

1.1.5. El rol del Estado para la garantía del Derecho a la Salud

Como toda sociedad occidental que presume de modernismo en las relaciones que se dan entre los gobernantes y gobernados, el Estado peruano tiene responsabilidades tanto internas como externas. Las internas están determinadas por las normas que produce en beneficio de la garantía de relaciones óptimas entre los miembros de su nación. Y las externas son las que se asume con otras Naciones, como pares, o con organismos internacionales para la consecución de dichas normas internas. La Declaración de Quito establece los principios de exigibilidad de los derechos económicos, sociales y

¹² – tomado de De Currea Lugo, V., “La Salud está grave: una visión desde los derechos humanos”, p. 60.

culturales en dos dimensiones: responsabilidades positivas y responsabilidades negativas del Estado¹³.

El Estado tiene una responsabilidad positiva, que se traduciría en la intervención en las relaciones de los diversos agentes económicos y jurídicos que conforman una nación para, en el caso de la salud, garantizar la consecución plena de las facultades físicas, mentales y espirituales. Esta responsabilidad positiva se expresa en las siguientes obligaciones¹⁴:

- El Estado debe reconocer el derecho a la salud, mediante la firma y ratificación de convenios y tratados internacionales sobre la materia y la incorporación en las leyes del país de provisiones que aseguren su vigencia.
- El Estado tiene que promover el derecho a la salud, a través de medidas legislativas y políticas. En cuanto a las medidas legislativas, además de reconocer este derecho en las leyes, se deben desarrollar leyes que aseguren su disfrute en términos prácticos, es decir, mediante medidas que aseguren, por ejemplo, la no discriminación, la igualdad de acceso, la participación comunitaria en la toma de decisiones, la difusión de los derechos que amparan a las personas y comunidades en el disfrute máximo de salud, y la información. Además, se deben adoptar políticas y asignar recursos suficientes a los organismos públicos encargados de hacer posible la vigencia del derecho a la salud.
- El Estado tiene el compromiso de proteger el derecho a la salud, tomando medidas que prohíban a sus funcionarios y a los particulares cometer acciones contrarias al disfrute del grado máximo de bienestar físico, mental y social necesario para una salud adecuada y creando mecanismos legales que permitan reclamar las sanciones de los responsables de cualquier violación a dichas medidas.
- El Estado está en la obligación de satisfacer y garantizar el derecho a la salud, lo que significa que las autoridades deben intervenir activamente para asegurar que si una persona o grupo se encuentra en desventaja para disfrutar este derecho, el Estado debe tomar medidas que le permitan a esa persona o grupo satisfacer su derecho a la salud.
- El Estado debe desarrollar políticas de salud en las áreas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, atendiendo a las dimensiones individuales y sociales de este derecho.
- El Estado debe buscar un balance entre los recursos destinados a servicios preventivos y los destinados a servicios curativos, con énfasis en los primeros, en el entendido de que no existe un vínculo directo entre cantidad de recursos y cantidad de salud, a menos que la inversión de recursos haga énfasis en servicios de atención primaria.
- El Estado debe concebir el desarrollo de políticas de prestación de servicios de salud desde una perspectiva de derechos humanos, lo cual supone que la salud debe ser vista como un bien público para cuya satisfacción se requieren recursos, concebidos como inversión social y no meramente como gastos.
- El Estado tiene una responsabilidad negativa, pues debe abstenerse de formular políticas y de tomar medidas que pongan en peligro la salud de la población. Esta responsabilidad negativa supone las siguientes obligaciones:
 - o El Estado está obligado a respetar el derecho a la salud, lo cual significa que las autoridades no pueden llevar a cabo acciones

¹³ – *ibid*, p.18-19

¹⁴ – transcrito de *ibid*, p. 18.

- o políticas o legislativas que afecten negativamente este derecho; la no discriminación es un componente básico de esta obligación.
- o El Estado tiene un deber de satisfacción progresiva, lo cual supone que deben tomarse medidas legislativas, políticas o de otra índole que reviertan los logros alcanzados en materia de salud.
- El Estado debe abstenerse de promover, facilitar o aceptar prácticas contrarias al derecho de la salud, bien sean éstas desarrolladas desde entidades estatales, o por particulares.

1.2. El enfoque de Pobreza

No es posible abordar una discusión o un examen de un fenómeno social sin abordar los conceptos clave acerca de la pobreza como una realidad inherente a cualquier sociedad, sin importar su grado de desarrollo, y que resulta siendo tan antigua como la humanidad.

La relevancia de realizar aproximaciones conceptuales de base de la pobreza está vinculada al análisis de cómo se enfrenta los efectos de la pobreza en la producción de la salud. La pobreza resulta ser un factor determinante del entorno para la situación de salud de cualquier sociedad.

Para eso, se debe entender que cualquier sistema de salud, como parte de un sistema social, propone el desarrollo de diversos mecanismos económicos, sociales, y culturales para efectivizar el uso de los servicios de salud. Uno de esos mecanismos es la atención primaria en salud, APS, la cual está vinculada al desarrollo de estrategias de atención centradas en la promoción, prevención y recuperación de los grupos más vulnerables de una sociedad con altos niveles de pobreza, que tienen más altos riesgos de enfermar y morir, como los grupos poblacionales de niños y mujeres en edad fértil¹⁵.

En un sistema de salud como el peruano los servicios públicos de salud están destinados a paliar los efectos de la pobreza en el nivel de salud, no sólo atendiendo la demanda espontánea del individuo o los grupos, sino atendiendo otros aspectos del medio ambiente, de condiciones de vida, de estilos de vida con la finalidad de minimizar los riesgos inherentes al proceso de desarrollo social.

Han evolucionado mucho los conceptos de pobreza, desde el abundante estudio empírico a finales del siglo XVIII en el marco de la Revolución Industrial en el mundo occidental. Pero, indudablemente, la visión de la pobreza cambió a partir de 1971, cuando John Rawls publica una nueva visión de la pobreza y justifica su estudio, intervención y lucha como razones para que una sociedad sea considerada justa, conveniente y racional.

¹⁵ – las tasas de Mortalidad Infantil y Materna en el Perú están consideradas como de nivel alto en la región.

La pobreza puede ser estructural o coyuntural por razones de duración en el tiempo. También puede ser clasificada como moderada o extrema por razones de gravedad de la carencia de recursos. Independientemente de las clasificaciones económicas, éticas y filosóficas la pobreza implica mayores riesgos para el individuo y la sociedad. Sus efectos trascienden al que la padece y genera efectos negativos en la generación de capital humano, capital social y capital económico. Se puede afirmar que la pobreza es un fenómeno que tiene altas externalidades negativas y por lo tanto debe ser abordada por políticas públicas, las cuales son el reflejo del grado de compromiso de un Estado moderno y social.

Desde que Europa desarrolló diversas estrategias enmarcadas en los conceptos de protección social se han diseminado técnicas para la identificación de los pobres de una sociedad y poder acudir al soporte mediante el subsidio del ingreso o subsidio del consumo. La atención de la salud no ha escapado de ser subsidiada por muchos Estados y ha superado las primeras corrientes organizadas de seguridad social vinculada al empleo formal, base de los principios bismarckianos. Estos principios apuestan por la justicia conmutativa, *a cada uno según sus aportes*. En contraparte, se desarrollaron mecanismos de atención de la pobreza sin importar su vínculo a un empleo formal ni su nivel de pobreza, bajo los principios de la justicia distributiva, *“a cada uno según sus necesidades”*.

El abordaje que hace cada sociedad a través del Estado para paliar los efectos de la pobreza en el individuo depende sólidamente del grado de desarrollo de los acuerdos sociales que se realizan para el financiamiento y la organización de los instrumentos, estrategias, mecanismos como los subsidios directos y los subsidios indirectos.

Sin duda alguna, el tema de la pobreza está fuertemente vinculado al tema de los derechos y ciudadanía. Se supone que los individuos están protegidos por acuerdos superiores plasmados en normas nacionales e internacionales que velan por la buena convivencia entre los integrantes de un Estado. La Constitución Política es el principal instrumento legal que reconoce los derechos de los individuos, y conecta éstos al cubrimiento de las necesidades básicas, como la salud y educación. Las normas nacionales tienen organismos específicos que velan por su buen desarrollo.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha definido la pobreza como “una condición humana que se caracteriza por la privación continua o crónica de los recursos, la capacidad, las opciones, la seguridad y el poder necesarios para disfrutar de un nivel de vida adecuado y de otros derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales”¹⁶.

¹⁶ – tomado de “Veinticinco preguntas y respuestas”, OMS, 2000, p. 23.

CAPÍTULO II:

MARCO LÓGICO Y CONCEPTUAL DE ALGUNOS MECANISMOS PARA LA EXTENSIÓN DEL DERECHO A LA SALUD

El Estado en su rol de asegurar los servicios de salud, bajo los compromisos mundiales, regionales, y nacionales, hace uso de diversos mecanismos e instrumentos para desarrollar un sin número de estrategias que a su vez responden a políticas públicas predefinidas para garantizar la provisión de bienes de interés público a la población que gobierna.

La prestación de los servicios de salud en el nivel operativo, que resulta ser el nivel donde se realiza la mayor cantidad de transacciones del sistema de salud, está determinado por la capacidad de las instituciones para implementar, bien sea en el nivel prestador o administrador, los mecanismos escogidos por el Estado para garantizar la provisión de la salud respetando los compromisos asumidos en relación al derecho a la salud de todo ciudadano peruano.

Todos los mecanismos implementados responden a una lógica racional, y ésta a su vez, persigue la producción de los servicios con criterios de equidad, eficiencia y calidad.

Aunque son escasos los documentos técnicos sobre la lógica imperante en la producción de los servicios de salud del sistema de salud peruano¹⁷ este capítulo pretende abordar algunos pocos elementos conceptuales y lógicos de las

¹⁷ – aunque si se respeta el rigor teórico y conceptual el sistema de salud peruano no funciona como un sistema, ya que cada uno de sus componentes no interactúa, ni interdepende o interrelaciona.

dimensiones examinadas en este estudio de casos, que se traducirán en 49 variables estudiadas. Las dimensiones desarrolladas desde un marco lógico y conceptual son (1) la producción de la salud, para abordar desde una aproximación epistemológica, (2) el aseguramiento en salud para describir el cómo se ha configurado el financiamiento de lo público.

2.1. La producción de la salud

No es fácil concebir una sociedad sin políticas, estrategias, mecanismos e instrumentos que busquen organizar el acceso de la población a los servicios de salud. El acceso universal como fin supremo de las aspiraciones sociales debe ser la expresión de la efectiva realización del derecho a la salud.

La salud es un derecho que requiere de la aplicación de todos los mecanismos mínimos posibles y al alcance para la promoción de estilos de vida saludables, para la prevención de las enfermedades, para la recuperación y rehabilitación del individuo y la colectividad. Ante estas afirmaciones, cabe destacar que la producción de la salud tiene cuatro fases, entendidas como un *continuum*, que deben ser desarrolladas para lograr el máximo bienestar físico y mental posible: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Para que estas fases de la producción de la salud sean realizadas, el Estado crea mecanismos mínimos, como el establecimiento de reglas de juego, en la búsqueda de la optimización de las relaciones entre usuarios y prestadores en los diversos momentos de la producción de la salud. Es en esta dimensión de la producción de la salud, es cuando se vulneran con mucha frecuencia los derechos en salud por la falta de claridad, o por la falta de mecanismos explícitos acerca de cuáles son esos momentos clave de esta relación proveedor-usuario, que es preciso regular.

Generalmente, los Estados deciden optar por un modelo de atención de la salud, base de la producción. Este modelo puede ser en general de dos tipos: basada en la atención primaria de salud o basada en la atención especializada. La atención primaria puede tener dos características: o es predominantemente preventiva o es netamente asistencial (la atención primaria reducida). La atención especializada puede ser de carácter curativo-asistencial, o puede ser de carácter curativo-recuperativo.

En el Perú, el nivel primario se basa en la estrategia de la APS preventiva, que últimamente está migrando hacia lo especializado (pero de capa simple) con la inclusión del aseguramiento público que subsidia atenciones básicamente recuperativas a cuatro grupos poblacionales considerados de mayor riesgo.

Al parecer el enfoque de la APS preventiva predominante en el primer nivel de atención del subsector MINSA está basado en las siguientes estrategias y principios:

- Acceso y cobertura universal según necesidad y vulnerabilidad social por condiciones de pobreza.
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Participación comunitaria.
- Carácter político

2.2. Aseguramiento público en salud

Los Estados dependiendo principalmente de su capacidad económica, financiera y política desarrollan diversos mecanismos de protección social para el bienestar de la población que gobierna. Uno de esos mecanismos es el aseguramiento en salud. Desde sus orígenes, el aseguramiento en salud se ha diseñado bajo un enfoque de derechos sociales. Existen tres tipos de aseguramiento en salud: (1) el aseguramiento vía la seguridad social, (2) el aseguramiento privado y (3) el aseguramiento público.

En el Perú desde la segunda mitad de la década de los 90 se han venido desarrollando nuevos mecanismos de financiamiento de la salud en el subsector público adscrito al MINSA. Estos mecanismos fueron siempre denominados “seguros”, y el primero fue el Seguro Escolar Gratuito (SEG). Hay que considerar que desde el nacimiento del concepto de los seguros, su mejor instrumento ha sido y lo sigue siendo el aseguramiento.

El aseguramiento es saber compartir los riesgos de atender las necesidades de los individuos mediante mecanismos de ahorro o de provisión de fondos invertidos en el sistema capitalista.

Giovanni Tamburi dice que “mientras más grandes sean los grupos asegurados mayores serán las posibilidades de que los fondos de dinero alcancen a pagar por la atención de cada uno que tenga necesidades”¹⁸.

En un sistema de aseguramiento es más viable poner en práctica el principio de la solidaridad, mediante el desarrollo de la solidaridad cruzada. Hay que considerar que para una óptima implementación del aseguramiento, como medida de proveer servicios de salud a los individuos, es probablemente mejor el aseguramiento obligatorio, ya que el aseguramiento voluntario tiene el riesgo, ya estudiado y demostrado en otros países, que quienes se afilian son los individuos con mayores riesgos o los de pocos recursos, mientras que los demás se abstienen y hacen uso del sistema tradicional de atención de sus necesidades, sin considerar que éstos se enfrentan a un riesgo mayor, el gasto catastrófico en salud.

Los mecanismos de aseguramiento obligatorio hacen que se desarrollen economías de escala, y disminuya el costo promedio de la atención de los individuos, siempre y cuando se hagan uso de sistemas de aseguradoras grandes, para que los gastos en administración sean menores y los recursos se concentren en la atención de las necesidades de los individuos.

¹⁸ – Tamburi, p. 23

2.3. El contenido mínimo en el primer nivel de atención

En el Perú, en el primer nivel de atención en el subsector público adscrito al MINSA, la prestación de la salud está ofertada por los Centros y Puestos de Salud, que en el argot popular son reconocidas y llamadas “*postas de salud*”. Son más de 7,000 establecimientos de salud reconocidos como Centros y Puestos de Salud. Es el conjunto más extenso de establecimientos de salud de cualquiera de los subsectores de salud del sistema peruano. Están ubicados en zonas urbanas, urbano-marginales, rurales de toda la extensión territorial peruana. No hay estudios que definan si la totalidad de los distritos políticos del país cuentan con algún establecimiento de salud del primer nivel de atención.

En estos establecimientos de salud la lógica de la producción de la salud está caracterizada por los siguientes hechos:

1. El equipo humano básico está conformado por técnicos de enfermería, enfermeras, obstétricas y médicos generales, si es ordenado en forma ascendente por número de los profesionales de salud asignados a estos establecimientos de salud.
2. Las atenciones de salud son básicamente de tres tipos: (1) prevención, (2) promoción, y (3) recuperación.
3. Las prestaciones se hacen tanto en el establecimiento de salud (prestaciones intramurales) como fuera de ella (prestaciones extramurales).
4. Las acciones intramurales son básicamente las atenciones clínicas realizadas en las consultas médicas, de enfermería y obstetricia.
5. Las acciones extramurales en general son aquellas que tienen que ver con la prevención y promoción, como el seguimiento a niños menores de 5 años para las vacunaciones según esquemas, con el seguimiento a las gestantes para garantizar la continuidad de la atención prenatal.
6. Las acciones de promoción están conformadas por la educación y comunicación para la salud, como por ejemplo, charlas sobre los estilos de vida saludables, sobre el cuidado del medio ambiente y otros.
7. Todas las acciones de salud en las dimensiones de prevención y promoción intervienen en aquellos grupos poblaciones con mayor riesgo, como los niños menores de 5 años, las mujeres en estado de gestación.
8. Cada establecimiento de salud tiene asignada una jurisdicción territorial, con una población estimada, mayoritariamente definida por el INEI.
9. En el caso de que hayan poblaciones asignadas que están localizadas en un radio mayor a 30 minutos de lejanía a pie, se organizan equipos de atención móviles en determinados periodos para la atención básica, como consultas médicas, vacunaciones, control de niño sano, atención de gestantes.
10. Todos los establecimientos de salud tienen asignado un establecimiento de salud de mayor complejidad adonde pueden

derivar los casos de atención que no pueden ser resueltos en dicho nivel.

11. Hasta la aparición de los diversos modelos de aseguramiento público (Seguro Escolar Gratuito -SEG, Seguro Materno Infantil -SIM, Seguro Integral de Salud -SIS) los establecimientos eran financiados principalmente por el Estado, mediante pagos directos de salarios al personal de salud, adquisición de todos los insumos materiales, de información para las prestaciones (el denominado subsidio a la oferta), y por los hogares (mediante el cobro que hacen los establecimientos de salud por las atenciones que brindan).
12. Cada vez con mayor fuerza estos establecimientos de salud se financian de la venta de servicios que realizan por la atención de las prestaciones comprendidas en los planes de atención del SIS.
13. Los planes de atención del SIS están normados, así como las tarifas son predefinidas, las cuales son únicas para este tipo de establecimientos de salud.
14. Las tarifas de las prestaciones no son reguladas por el nivel nacional, y se tiene un amplio abanico de posibilidades de tarifas de acuerdo a las preferencias, percepciones y necesidades locales, o a veces reguladas desde el nivel regional.
15. Las atenciones prioritarias de salud para la atención de los problemas de salud de riesgo para las poblaciones vulnerables, que en la década de los 90 se conocían como los “programas verticales” son ofertadas gratuitamente, como la atención de la Tuberculosis, la Malaria, la Bartonela, el Control Prenatal, el Control de Niño Sano, las Vacunaciones a niños y mujeres en edad fértil.
16. Las atenciones clínicas son de carácter recuperativo, y están centrados a la superación de la enfermedad. Este tipo de acciones de salud son las de mayor demanda y son el centro de la valoración de un servicio de salud por parte de la población usuaria de los servicios de salud.
17. Las atenciones de salud se someten a las fases de todo ciclo administrativo: se planifican (planes operativos, planes de salud local), se organizan (asignación de todo tipo de recursos para su ejecución), se dirigen (decisiones gerenciales relacionadas a la gestión diaria para lograr las metas y objetivos propuestos) y se controlan (evaluación del nivel de cumplimiento del Plan Operativo y/o del Plan de Salud Local).
18. Las atenciones son determinadas generalmente por protocolos de atención, sobretodo, para las enfermedades más frecuentes de la jurisdicción, los cuales son elaborados bajo la conducción y asesoría de una entidad de mayor jerarquía, aunque su desarrollo ha sido marginal en el último quinquenio.
19. Todos los establecimientos de salud determinan sus flujogramas de atención para garantizar la calidad de la atención y para mejorar los criterios de oportunidad en la atención.
20. Todos los establecimientos de salud dependen orgánica y funcionalmente de la Dirección Regional de Salud (DIRES) y/o de las Direcciones de Salud (DISAS, aplicable para Lima y Callao).

21. Las DIRES y/o DISAS son los órganos delegados por el MINSA para velar por la salud de la población de sus jurisdicciones en el ámbito asignado.
22. Existen 34 Direcciones de Salud en 24 departamentos y 1 Provincia Constitucional.
23. Los Centros y Puestos de Salud tienen vínculos estrechos con la comunidad organizada, lo cual está amparado por la Ley General de Salud, y en el caso del modelo de gestión de Administración Compartida se convierte en un mecanismo superior al gozar de una base estructural normativa sustentatoria.
24. Los Centros y Puestos de Salud, en el marco de varios proyectos financiados por organismos multilaterales, iniciaron la implementación de los “buzones de quejas y sugerencias” como estrategia base para mejorar la calidad percibida por el usuario.

Es así, que el contenido mínimo del derecho a la atención de la salud en el primer nivel de atención del subsector MINSA, en la actualidad se hace explícito a través del SIS. El derecho a la información no está vinculado con ningún tipo de subsistema puesto que su vigencia es independiente del vínculo contractual que exista con el sistema de salud. El derecho a la participación se puede ejercer de manera individual a través de los “buzones de quejas y sugerencias” y a nivel colectivo a través de los Comités de Salud (desarrollados desde los años 70) o a través de los CLAS, objeto de este estudio.

2.4. Los atributos del contenido del Derecho a la salud

Este estudio al pretender describir el contenido del derecho a la salud en tres dimensiones (atención, información y participación) se vincula con cuatro atributos: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad. Los conceptos disponibles en la literatura de estos atributos son los siguientes:

Accesibilidad: Se habla de accesibilidad cuando es fácil de iniciarse y de mantenerse. Esta depende de los proveedores que la hacen más o menos fácil de alcanzar y de usar, pero también depende de la habilidad de los clientes potenciales para vencer los obstáculos financieros, espaciales, sociales y psicológicos que se interponen entre ellos y la recepción de la atención. Es importante darle una dimensión adicional al término “acceso”, ampliando su concepto a la capacidad de la organización de involucrar los derechos de los usuarios dentro de su sistema de direccionamiento político frente al paciente y su familia¹⁸.

Dice otro autor que la accesibilidad “consiste en asegurar que las medidas y políticas de salud estén al alcance de toda la población, tanto en lo relativo a la distancia y el tiempo necesarios para obtener la asistencia

¹⁸ – tomado del Decreto 2309-2002 que regula el Sistema de Garantía de la Calidad en Colombia.

requerida, como en lo que respecta a la posibilidad de beneficiarse directamente de medidas generales de saneamiento y de salud pública”¹⁹.

Aceptabilidad: aspecto relacionado con la satisfacción de los usuarios (y que depende de aspectos culturales), respecto de la valoración que éstos realizan acerca del costo, la calidad, la seguridad, la actitud del prestador. Los resultados, la conveniencia u otros aspectos relevantes relacionados con una prestación sanitaria determinada. Los servicios y/o mecanismos institucionales para promover el derecho de la salud deben ser culturalmente apropiados y sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas que se trate²⁰.

Calidad: se refiere al cumplimiento de requisitos mínimos para garantizar la satisfacción y seguridad al usuario en el proceso de atención de la salud.

Existen dos grandes componentes de la calidad en salud: la calidad técnica y la calidad percibida.

Disponibilidad: para el efecto de este trabajo se refiere al número de servicios, programas de salud y mecanismos institucionales del nivel prestador para promover el cumplimiento del contenido del derecho a la salud.

¹⁹ - tomado de PROVEA, p. 57.

²⁰ – tomado de Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. Washington. OMS. 2002. p.10.

CAPÍTULO III:

GENERALIDADES SOBRE EL MODELO DE GESTIÓN DE ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA

El 08 de Abril de 1994 salió a la luz el D.S. N° 01-94 SA para dar inicio al Programa de Administración Compartida. Se argumentó en dicha norma que *“es necesario mejorar la calidad de la prestación de los servicios en el nivel básico de salud, así como ampliar la cobertura de los mismos, con mayor incidencia en las zonas de pobreza crítica, haciendo partícipe a la comunidad”*²¹

La norma reconoce el carácter de socios o pares en las relaciones entre el Estado y la comunidad organizada, al considerar que *“el Sector Público de Salud y el CLAS asumen la responsabilidad de compartir esfuerzos y recursos que permitan el óptimo funcionamiento del establecimiento de salud”*²².

El programa, que en la actualidad es conocido como “el modelo CLAS”, tenía como objetivo asegurar que los recursos humanos, financieros o los establecimientos de salud que administra ofrezca (sic) eficientes y efectivos servicios de salud a las personas y a la comunidad haciendo uso correcto y transparente de los recursos públicos, aportes de la comunidad u otros que consiga el CLAS²³. Además, se estableció como segundo objetivo la obtención de una adecuada referencia de los servicios de salud que demanda la comunidad²⁴.

²¹ – D.S. N° 01-94-SA

²² – *ibid*, art. 7°.

²³ – MINSA. Los Comités Locales de Administración de Salud. Organización y modelo de gestión, p. 13.

²⁴ – *ibid*

Las relaciones entre el Estado y la comunidad organizada son de carácter contractual que se refrenda en un Contrato de Administración Compartida, el cual establece “*derechos y obligaciones recíprocas y rigen por tres años...*”²⁵. Estos contratos son suscritos por el Presidente de la Asociación CLAS y el Director Regional o Subregional de Salud y son aprobados por Resolución Ministerial²⁶.

Los principios que rigen la Administración Compartida son tres²⁷:

- (1) “...forma parte del proceso de modernización y descentralización del Estado, y tiene como postulado de reforma promover la prestación de mejores servicios de salud a la población y la corresponsabilidad en el campo de la salud; basados en los principios de equidad, calidad y eficiencia en el uso de los recursos humanos, materiales y financieros, promoviendo la participación ciudadana”;
- (2) “La participación de la comunidad en la gestión de los servicios de atención básica a través de la Asociación CLAS, se sustenta en la transmisión de la facultad de administración y decisión ...”
- (3) “El Programa promueve la constitución y organización de Asociaciones Civiles ..., a fin de concordar en la ejecución de un programa de salud local (PSL) ...”.

3.1. Las Políticas Sectoriales

Han sido dos corrientes de políticas sectoriales nacionales de salud que han incluido a la Administración Compartida dentro de su perfil. Las políticas sectoriales de 1994-2000 y las actuales del 2002 al 2012.

Dice textualmente la novena política de salud sectorial: “democratización de la salud” que apunta a revertir la “*limitada participación ciudadana y promoción de la misma*”. Y considera al modelo de Administración Compartida como una estrategia central para su realización.

3.2. El Acuerdo Nacional

El 22 de julio de 2002 las principales fuerzas políticas-partidarias del país firmaron el Acuerdo Nacional, que resulta un documento direccional para la definición y orientación de las políticas públicas del Estado peruano.

Son cuatro objetivos que se pretenden alcanzar con las políticas de Estado:

- 3.3. Democracia y Estado de Derecho
- 3.4. Equidad y justicia social
- 3.5. Competitividad del país
- 3.6. Estado eficiente, transparente y descentralizado

²⁵ – *ibid*, art. 10°.

²⁶ – *ibid*, art. 8°

²⁷ – artículo 2° de de la R.M. # 176-2000 SA/DM.

Cada objetivo cuenta con un listado de compromisos que se convierten en directrices genéricas de las políticas de Estado. La salud como sistema social que interviene en la consecución del desarrollo humano, entendido éste como un desarrollo integral, está definida por cinco compromisos (2.1., 2.4., 4.1., 4.2. y 4.3.) y seis políticas de Estado (décima, décima primera, décima tercera, décima quinta, décima sexta, vigésima cuarta), de las cuales la décima tercera, “*acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social*”, es directamente explícita y específica con el sector.

Cabe resaltar que el compromiso del Acuerdo Nacional es “asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables”. También dicta el compromiso a “promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud”:

- a. potenciará la promoción de la salud, la prevención y el control de enfermedades transmisibles y crónico degenerativas;
- b. promoverá la prevención y el control de enfermedades mentales y de los problemas de drogadicción;
- c. ampliará el acceso al agua potable y al saneamiento básico y controlará los principales contaminantes ambientales;
- d. desarrollará un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y re-emergentes, de acuerdo con las necesidades de cada región;
- e. promoverá hábitos de vida saludables;
- f. ampliará y descentralizará los servicios de salud, especialmente en las áreas más pobres del país, priorizándolos hacia las madres, niños, adultos mayores y discapacitados;
- g. fortalecerá las redes sociales en salud, para lo cual garantizará y facilitará la participación ciudadana y comunitaria en el diseño, seguimiento, evaluación y control de las políticas de salud, en concordancia con los planes locales y regionales correspondientes;
- h. promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción;
- i. promoverá el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado;
- j. promoverá el acceso universal a la seguridad social y fortalecerá un fondo de salud para atender a la población que no es asistida por los sistemas de seguridad social existentes;
- k. desarrollará políticas de salud ocupacionales, extendiendo las mismas a la seguridad social;
- l. incrementará progresivamente el porcentaje del presupuesto del sector salud;
- m. desarrollará una política intensa y sostenida de capacitación oportuna y adecuada de los recursos humanos involucrados en las acciones de salud para asegurar la calidad y calidez de la atención a la población;
- n. promoverá la investigación biomédica y operativa, así como la investigación y el uso de la medicina natural y tradicional; y
- o. reestablecerá la autonomía del Seguro Social.

3.3. La Gestión en el Nivel Nacional

En el nivel central existe un equipo técnico a cargo del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) que orgánicamente depende del Viceministro de Salud y que fue creado en el año 1994 para facilitar el proceso de reforma y modernización del Ministerio de Salud. En la actualidad la gestión del Programa de Administración Compartida está a cargo del equipo de Operaciones del PAAG.

El PAAG es el que regula, financia y articula el modelo de Administración Compartida en el país. El financiamiento se realiza directamente a las Asociaciones CLAS desde partidas presupuestales aprobadas previamente por el Ministerio de Economía y Finanzas – MEF, vía transferencias directas a terceras personas jurídicas, en forma mensual con el objeto contractual de cumplir con las metas estipuladas en el PSL.

3.4. La Gestión en el Nivel Regional

Al ser las DIRES o DISAS órganos que por delegación son representantes del Ministerio de Salud en el nivel regional²⁸, se encargan de la gestión regional de las Asociaciones CLAS. Juegan un rol predominantemente modulador²⁹, y cumplen con tareas y responsabilidades definidas en el Reglamento para la aplicación del D.S. N° 01-94 SA, la Resolución Ministerial # 176-2000, centradas en actividades de monitoreo y supervisión, evaluación del cumplimiento del PSL y de otras normas específicas de la producción y gestión de la salud en los establecimientos de salud³⁰. El artículo 20° de dicha Resolución Ministerial establece que la Dirección Regional de Salud “*debe realizar las siguientes acciones para el desarrollo y fortalecimiento de la AC*”:

- a. Definir los lineamientos de acción que deben seguir las dependencias a su cargo para el PAC, asegurando la promoción, información y la asistencia técnica para un óptimo desarrollo de las Asociaciones CLAS en el área administrativa y médico epidemiológica, así como, del adecuado funcionamiento del Comité Integrado de Gestión;
- b. Supervisar el desarrollo adecuado del PSL;
- c. Supervisar el cumplimiento de las normas técnicas, administrativas, sanitarias y epidemiológicas;
- d. Definir la organización territorial de los establecimientos de salud a ser incorporados a la AC;
- e. Designar mediante Resolución Directoral al Gerente de la Asociación CLAS y a los miembros de la comunidad que los representarán en la Asamblea General de la Asociación;
- f. Brindar apoyo técnico al Gerente de la Asociación CLAS para la elaboración del PSL;

²⁸ – D.S. # 153-2004, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud.

²⁹ – entiéndase “modulación” por hacer cumplir las normas y reglas de juego estipuladas.

³⁰ – véase artículo 20° de la R.M # 176-2000 SA

- g. Supervisar, evaluar y controlar mensualmente el desenvolvimiento de las Asociaciones CLAS con relación a aspectos de contratos, estados financieros y al cumplimiento del PSL y disponer las acciones correctivas;
- h. Remitir mensualmente a la Coordinación del PAC del Nivel Central un Reporte Gerencial sobre los resultados de la evaluación y monitoreo de la ejecución del PSL y otros aspectos relevantes del ítem anterior para su incorporación, evaluación y calificación en los criterios de monitoreo departamentales;
- i. Recabar mensualmente de las Asociaciones CLAS la Declaración Jurada de Gastos y Reporte de Avance de cumplimiento de metas correspondiente al mes anterior, sustento que permitirá a la DIRESA remitir al PAAG el Informe de “Conformidad para el Giro” para el calendario correspondiente, requisito sin el cual el PAAG no transferirá los fondos respectivos;
- j. Poner a disposición de la Asociación CLAS al personal nombrado del ámbito respectivo, que permita el cumplimiento de metas del PSL;
- k. Proporcionar la infraestructura física, mobiliario, equipos, medicamentos, insumos y otros necesarios para el cumplimiento del PSL;
- l. Asesorar a la Asociación CLAS en los concursos de personal y participar en el jurado calificador;
- m. Proponer con informe técnico los expedientes de nuevas Asociaciones CLAS, así como los correspondientes contratos suscritos para su funcionamiento una vez cumplidos los requerimientos planteados por el Decreto Supremo N° 01-94-SA;
- n. Formular los expedientes técnicos y autorizar las solicitudes que sobre adquisición de equipos médicos o infraestructura requiera la Asociación CLAS;
- o. Organizar en coordinación con el PAC, los programas de capacitación para el personal o dirigentes comunales integrantes de la Asociación CLAS;
- p. Disponer la Verificación Administrativa y Contable correspondiente de los estados financieros en el mes de noviembre de cada año y monitorear el cumplimiento de las recomendaciones de la misma;
- q. Emitir un dictamen sobre la conformidad de la ejecución del PSL y sobre los estados financieros. El dictamen favorable de los estados financieros examinados a la Asociación CLAS constituye el documento fuente que sustenta la asignación de recursos económicos y financieros para el siguiente ejercicio fiscal.
- r. En situaciones de emergencia o desastre el Director Regional de Salud dispondrá la intervención de los servicios a cargo de las Asociaciones CLAS en los términos que se requieran para la mejor atención de la población;
- s. Apoyar a las Asociaciones CLAS en la organización y funcionamiento de las farmacias y en general en todo acto que facilite la ejecución del PSL; y
- t. La Dirección Regional de salud será responsable del archivo y custodia de las Declaraciones Juradas de Gastos y Reporte de Avance de cumplimiento de metas del PSL.

En las DIRES/DISAS existe generalmente una unidad funcional, más no orgánica que tiene asignadas funciones, tareas y responsabilidades relacionadas con la gestión de la Administración Compartida en el ámbito jurisdiccional. Esta unidad por lo general está a cargo de un Coordinador de de Administración Compartida cuyo rol se centra a la gestión de la vida institucional de las Asociaciones CLAS. Generalmente, las funciones de estos cargos no están determinadas por algún tipo de normatividad, y el despliegue

normativo sólo abarca a la figura de la institución genéricamente, como la DIRES o DISA³¹.

3.5. La Gestión en el Nivel en las Redes y Microrredes

Existe un nivel adicional de carácter administrativo que resulta ser el intermediario entre las DIRES/DISAS y los establecimientos de salud, que se encargan de aspectos más específicos de la gestión de la salud en el nivel primario. Las Redes de Servicios de Salud son unidades de gestión que tienen jurisdicción administrativa sobre un conjunto de establecimientos de salud organizados a su vez en Microrredes de Servicios de Salud.

Estas unidades locales de gestión tienen asignadas tareas relacionadas con la asesoría técnica de la gestión de los servicios, la ejecución de los programas nacionales de salud, aquéllos que intervienen en los aspectos de la producción de la salud considerados de interés público. A su vez, ejecutan presupuestos para la adquisición de insumos y materiales médicos para la provisión de los establecimientos de salud a su cargo.

En estas unidades administrativas existe un servicio que funcionalmente, más no orgánicamente, tiene el encargo de velar por el buen desempeño de las Asociaciones CLAS de su jurisdicción.

3.6. La Gestión en los Establecimientos de Salud

Los establecimientos de salud del primer nivel de atención (Centros y Puestos de Salud) adscritos al MINSA ofertan básicamente servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud a una población asignada.

Para ello, reciben un presupuesto fijo del Estado, ya sea indirectamente, mediante el pago del personal que labora y/o para la adquisición de insumos básicos para la prestación de los servicios.

Actualmente, el 33% de estos establecimientos de salud están administrados por una Asociación CLAS, que está conformado por siete miembros: seis miembros de la comunidad organizada y un miembro que viene a ser el Jefe del Establecimiento de Salud.

Estas Asociaciones CLAS tiene por objeto social el administrar todos los recursos para la consecución de un Programa de Salud Local-PSL.

³¹ – en el MOF aprobado por R.M. # 513-2004 no se incluye las funciones relacionadas a la gestión de la Administración Compartida

3.7. El Programa de Salud Local - PSL

El PSL constituye un documento de carácter gerencial, sanitario y legal³². En él se consignan las actividades de salud que deben ser desarrolladas por el equipo humano de salud para la población asignada formalmente. Se incluyen diversos paquetes de atención, generalmente distribuidos por criterios de los ciclos de vida de la población: niños, adolescentes, adultos y adultos mayores. Se centran en la prestación de servicios de promoción, prevención y recuperación de las poblaciones de riesgo, como, las de los niños menores de 5 años, las mujeres en edad fértil y las gestantes.

La lógica documentada para la administración del PSL³³ es que sirve de sustento técnico para *“los gastos y los recursos a ser asignados para el ejercicio presupuestal correspondiente”*. Y se considera que debe ser financiado por todas las fuentes de recursos del establecimiento de salud. Para el caso de las Asociaciones CLAS las fuentes de recursos financieros pueden ser básicamente cuatro: (1) las transferencias del Tesoro Público a las ACLAS; (2) los Recursos Directamente Recaudados – RDR, provenientes de la venta de servicios de salud³⁴; (3) las Donaciones de Terceros, y (4) las que provienen de los Programas Nacionales³⁵. Todos estos recursos son considerados “públicos”³⁶, por lo tanto su uso está supeditado a las normas de contabilidad pública.

El contenido del PSL está normado por la R.M. # 176-2000 SA/DM, y hace énfasis en la prestación de servicios básicos de prevención y promoción a la población asignada de la jurisdicción. Además planifica aquellas actividades que son consideradas de “atención de la recuperación” como las Consultas Médicas, Consultas Dentales, Consultas de Emergencia y otros tipos de consultas otorgadas por otros grupos profesionales, como las obstétricas, enfermeras y psicólogos.

3.8. Las relaciones de intercambio de las ACLAS

Las Asociaciones CLAS como parte de su vida institucional están destinadas a garantizar buenas relaciones de intercambio con el entorno inmediato: la población y las instituciones locales.

La población está representada por la que demanda los servicios de salud de los establecimientos que administran, ya sea población asignada,

³² – tomado de Sobrevilla, A et al. Herramientas y pautas de implementación para los nuevos mecanismos de pago ambulatorio en el sector salud del Perú, p.19.

³³ – artículo 27° de la R.M. # 176-2000 SA/DM.

³⁴ – se considera RDR los recursos provenientes del SIS por la venta de prestaciones de salud a las poblaciones cubiertas por servicios considerados en los diversos planes de atención. Estas prestaciones son pagadas como “reembolsos” y las ACLAS extienden una Boleta de Venta por dichos pagos del SIS.

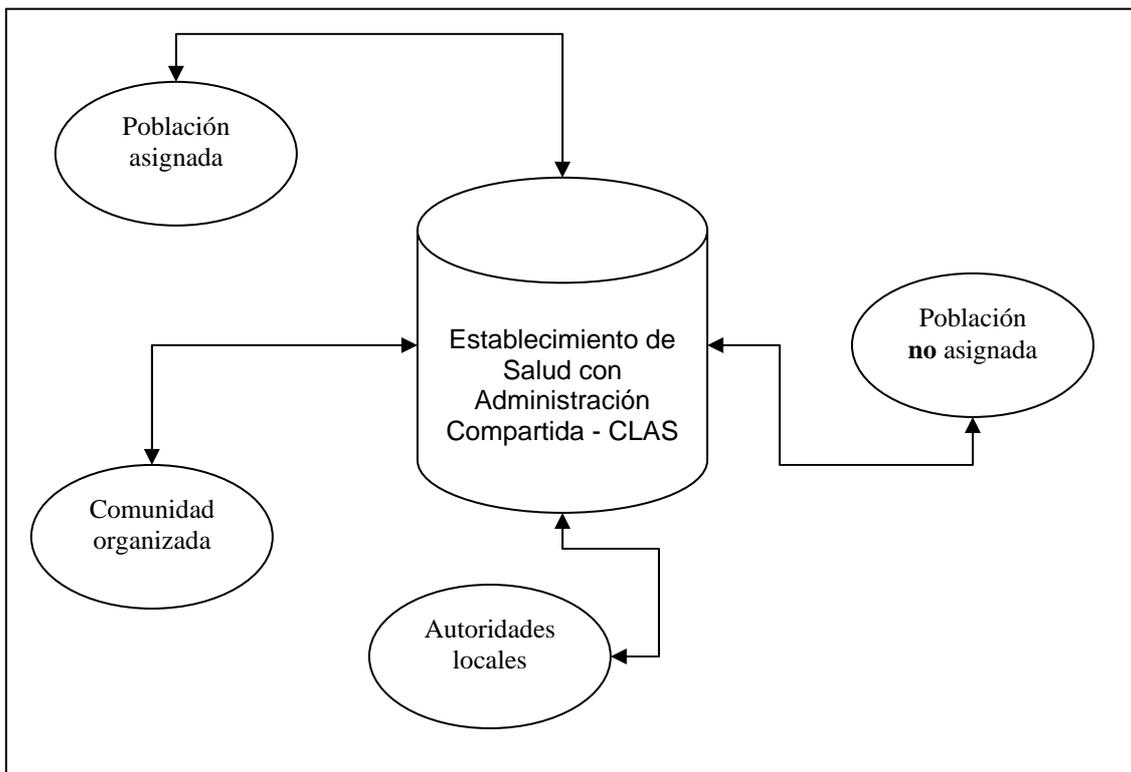
³⁵ – estos ingresos generalmente ingresan como Planillas de Movilidad para el personal a cargo de la ACLAS.

³⁶ – artículos 30° y 36° de la R.M. # 176-2000 SA/DM.

como la no asignada que hace uso de ellos por razones de aceptación cultural, por razones geográficas o por razones de accesibilidad económica. Por ley la ACLAS tiene obligaciones con la población asignada a quien debe garantizar las mejores condiciones en la prestación y promoción de la salud.

Las instituciones están representadas por las organizaciones sociales de base (Comedores Populares, Clubes de Madres, Juntas Vecinales, entre otras) y por las autoridades locales (del gobierno local) a quienes deben rendir cuentas según lo estipula la R.M # 176-2000 SA/DM.

Esquema N° 1: Las relaciones de intercambio reguladas de los establecimientos de salud administrados por una ACLAS.



Fuente: Elaboración propia

CAPÍTULO IV:

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Un estudio de caso implica la observación de una población o fenómeno en un periodo o momento determinado con el propósito de describir y analizar detalladamente un objeto de estudio, y no probar una hipótesis³⁷. Según Yin, el estudio de caso se prefiere para examinar eventos contemporáneos, cuando el comportamiento relevante no puede ser manipulado.

El fenómeno a describir es el nivel de cumplimiento del contenido del derecho a la salud expresado en sus tres principales dimensiones: derecho a la atención (o prestación), derecho a la información y derecho a la participación.

Para medir el nivel de cumplimiento del contenido al derecho a la salud se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, cualitativo, cuantitativo, como suelen ser los estudios de casos, que utilizó una metodología cualitativa basada en entrevistas a profundidad y con grupos focales.

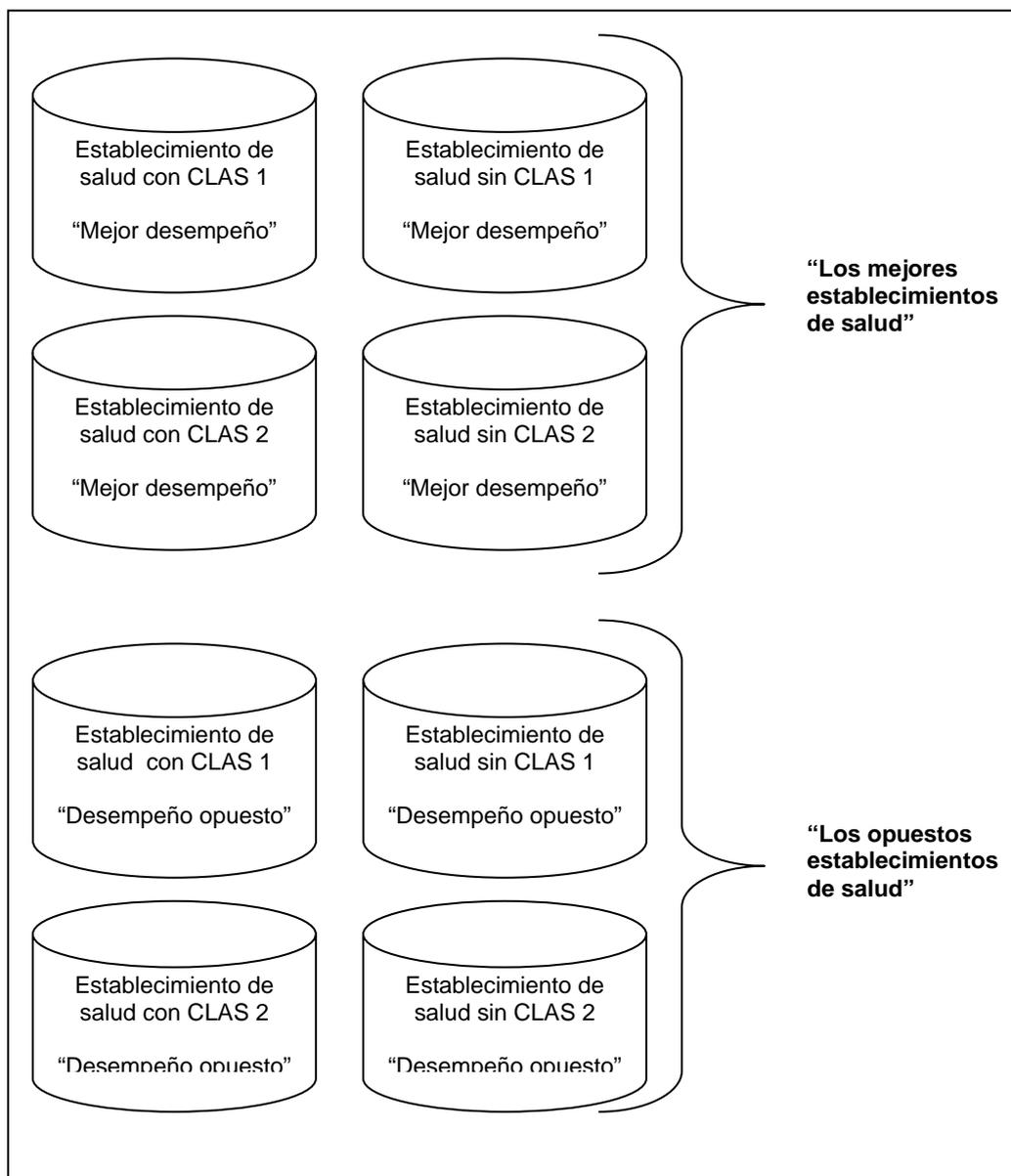
El estudio está basado en la observación sistemática del quehacer de los establecimientos de salud bajo la administración de Asociaciones CLAS que evidencien prácticas institucionales para garantizar el derecho a la salud con un enfoque pro-pobres en el momento de (1) **la prestación** y (2) **la gestión de los servicios de salud**.

Además, el estudio describe el quehacer institucional respecto al enfoque pro-pobres y enfoque pro-derechos a la salud en los casos controles. Los casos controles son

³⁷ – Yin RK. Case study research in health: an introduction, p.48.

establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud que no están administrados por alguna Asociación CLAS. Para el estudio del fenómeno se estudiaron cuatro establecimientos de salud administrados por una Asociación CLAS, dos con el mejor desempeño y dos con el desempeño opuesto. Para el caso de los controles se estudiaron los dos mejores y dos opuestos establecimientos de salud del primer nivel de atención no administrados por ACLAS, que se representa en el siguiente esquema.

Esquema N° 2: Representación gráfica de la unidad de análisis del estudio de casos.



Fuente: Elaboración propia

Las variables estudiadas tienen relación con la implementación de medidas institucionales reguladas por el Ministerio de Salud para la gestión de la Administración Compartida en los establecimientos de salud a fin de garantizar los fines del modelo³⁸.

³⁸ – ver artículo 2°, inciso a) de la R.M. # 176-2000 SA/DM

4.1. La unidad de análisis

La unidad de análisis es el establecimiento de salud. Es preciso anotar que, en la actualidad, las Asociaciones CLAS pueden administrar más de un establecimiento de salud y que la sede del CLAS recae en el establecimiento de salud de mayor complejidad. Para efecto del estudio se examinaron sólo los establecimientos de salud sede de tres ACLAS que cumplieran con las características de los llamados CLAS agregados.

Los establecimientos de salud administrados por ACLAS previamente seleccionados son el Centro de Salud Samegua y Centro de Salud Pampa Inalámbrica considerados como los dos mejores ACLAS. Los dos establecimientos de salud administrados por una ACLAS considerados como los de más bajo desempeño son el Centro de Salud Luis Felipe de las Casas y el Puesto de Salud Piscoyacu.

Los establecimientos de salud No CLAS de control fueron seleccionados teniendo en cuenta los criterios de inclusión del estudio. La muestra No CLAS estuvo conformada por el Centro de Salud Tabalosos, el Centro de Salud José Antonio Encinas, el Centro de Salud Calca y el Puesto de Salud Dignidad Nacional. La ubicación de cada establecimiento de salud se muestra en la tabla N° 1.

Tabla N° 1: Establecimientos de salud CLAS y No CLAS seleccionados para el estudio

Establecimiento de Salud	CLAS	No CLAS	Departamento
CS Pampa Inalámbrica	X		Moquegua
CS Samegua	X		Moquegua
CS Luis Felipe de las Casas	X		Provincia Constitucional Callao
PS Piscoyacu	X		San Martín
CS Tabalosos		X	San Martín
CS José Antonio Encinas		X	Puno
CS Calca		X	Cusco
PS Dignidad Nacional		X	Cusco

Elaboración propia

4.2. La selección de los ACLAS

El punto de partida para la selección de los establecimientos de salud administrados por una ACLAS que cumplieron con los criterios base de los términos de referencia del estudio de casos (dos mejores y dos opuestos) se dio con el “referente”³⁹ del equipo técnico del PAAG del Ministerio de Salud en el nivel central y con el responsable del equipo de operaciones del PAAG, a quienes se les presentó el objetivo del estudio, el marco institucional en el que se desarrolla y el propósito de la entrevista.

³⁹ – en la actualidad se le llama “referente” al responsable del manejo en el nivel central del modelo de gestión, quien es un miembro del equipo de operaciones del PAAG. No existe la figura del Coordinador de Administración Compartida según el artículo 4° de la R.M. # 176-2000 SA/DM.

La selección de los dos mejores y dos opuestos respondió a dos lógicas⁴⁰:

1. Una objetiva y oficial: determinada por los resultados de una evaluación de desempeño realizada por dos años consecutivos a nivel nacional.
2. Una subjetiva y extraoficial: determinada por las percepciones e impresiones personales de los dos entrevistados con relación al desempeño de las ACLAS en el país.

4.2.1. La selección objetiva

El primer método corresponde a una evaluación de desempeño realizada a inicios del año 2004 para el periodo 2003. En dicha evaluación de desempeño se consideraron tres áreas del desempeño de los ACLAS: técnico-asistencial, gestión-participación comunitaria –legal y la contable-financiera. Se evaluaron quince variables, las cuales están descritas en la tabla N° 2.

Tabla N° 2: Variables de evaluación de desempeño de las ACLAS para el periodo 2003.

Área evaluada	Variables consideradas
Área Técnico-Asistencial	1. Grado de Cumplimiento de 12 indicadores de cohorte
	2. Cumplimiento de 5 indicadores de cohorte en los 02 últimos años
	3. Grado de cumplimiento de atención a la demanda
	4. Rendimiento del Grupo Profesional Médico
Área de Gestión-Participación Comunitaria - Legal	1. N° Asambleas Generales Ordinarias
	2. N° de Asambleas de Consejo Directivo
	3. % de cumplimiento de los Acuerdos de la Asamblea
	4. Renovación de miembros de Consejo Directivo
	5. Reuniones de Asambleas Generales y Consejo Directivo que cumplen con el protocolo
	6. % de Reuniones con Comunidad y Trabajadores para rendición de cuentas
Área Contable-Financiera	1. Declaraciones Juradas presentadas oportunamente
	2. Declaraciones Juradas compatibles con los saldos de los bancos
	3. Cumplimiento del pago de las obligaciones sociales y laborales de los trabajadores
	4. Utilización de saldos de transferencias de Recursos Ordinarios con la aprobación por la DISA del cambio de uso de destino
	5. Cumplimiento de Depósitos RDR en las fechas preestablecidas

Fuente: MINSA. Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. 2003.

⁴⁰ – las dos lógicas se transparentaron en la entrevista a los dos miembros del equipo de operaciones del PAAG al responder a la pregunta de ¿cómo se conocen los diez mejores y diez peores ACLAS del país?

Producto de este método de selección por parte del equipo de operaciones del PAAG se obtuvo como mejor ACLAS al CS Pampa Inalámbrica que para la evaluación del año 2003 obtuvo el más alto puntaje (100 puntos)⁴¹, y como opuesto al PS Piscoyacu que obtuvo 21 puntos sobre una escala de 100.

4.2.2. La selección subjetiva

El segundo método se basó en las percepciones de los directivos entrevistados sobre el nivel de cumplimiento de los principios de la Administración Compartida en los establecimientos administrados por una ACLAS. Estos principios están relacionados con el nivel de concertación desarrollado con otros actores sociales de la localidad donde se desenvuelven. Además, se consideró entre los principios para la selección la capacidad innovadora del gerente y del equipo de salud para lograr la concertación del abordaje en salud, también se mencionó el nivel de cumplimiento de las normas para el manejo del personal y para el manejo de los recursos financieros por parte del gerente de la Asociación CLAS.

Producto de este método de selección por parte del equipo de operaciones del PAAG se obtuvo como mejor ACLAS al CS Samegua, incluido por *“haber logrado significativos avances de la participación comunitaria, como movilización de otros actores sociales de la zona en la gestión de la salud, lo cual fue clave para la consecución de aportes municipales por medio del presupuesto participativo”*⁴².

Como el ACLAS opuesto se incluyó al CS Luis Felipe de las Casas por considerar que *“el personal de salud nombrado no se preocupa por las coberturas ni por el involucramiento de la comunidad”*, además de considerar que *“el gerente da mal uso de los recursos, saca al personal porque no comulga con sus intereses y prácticas”*⁴³

El resultado de la selección de los ACLAS

Los establecimientos de salud administrados por una ACLAS seleccionados para el estudio, como resultado de estas dos muestras (oficial y extraoficial), resultaron los CS Samegua y CS Pampa Inalámbrica (ambos en el departamento de Moquegua) y el PS Piscoyacu (en el departamento de San Martín) y el CS Luis Felipe de las Casas (en la provincia constitucional del Callao). Las características genéricas de la muestra ACLAS se muestran en la siguiente tabla, y que sirvieron de base para los criterios de inclusión de los establecimientos de control No CLAS.

⁴¹ - este dato fue obtenido del documento “Ranking del desempeño de los ACLAS, Año 2003” a base de datos del PAAG

⁴² – proporcionado en la entrevista a dos miembros del equipo de operaciones del PAAG en diciembre del 2003.

⁴³ – *ibid.*

Tabla N° 3: Características genéricas de los establecimientos de salud objeto de estudio administrados por una ACLAS.

Establecimiento de Salud	Departamento	Tipo	Población asignada	Ubicación	Nivel de Pobreza
Samegua	Moquegua	CS	8.343	Urbano	Regular
Pampa Inalámbrica	Moquegua	CS	23.607	Urbano	Regular
Luis Felipe de las Casas	Callao	CS	5.786	Urbano-marginal	Pobre
Piscoyacu	San Martín	PS	4.987	Urbano	Pobre

Fuente: DRESAS correspondientes.
Mapa de Pobreza de FONCODES, 2000.

4.3. La selección de los No CLAS

Cabe anotar, que existieron restricciones para la selección de los establecimientos de salud No CLAS de control debido a que estos establecimientos de salud no cuentan con información sistematizada y disponible sobre el desempeño a nivel nacional. La selección de los No CLAS debía responder a los criterios de selección que surgieron luego de conocer la selección objetiva y subjetiva (oficial y extraoficial) del PAAG. Se buscaba que los establecimientos de control cumplieran con las características genéricas de los ACLAS seleccionados que se describirán más adelante para fines de control.

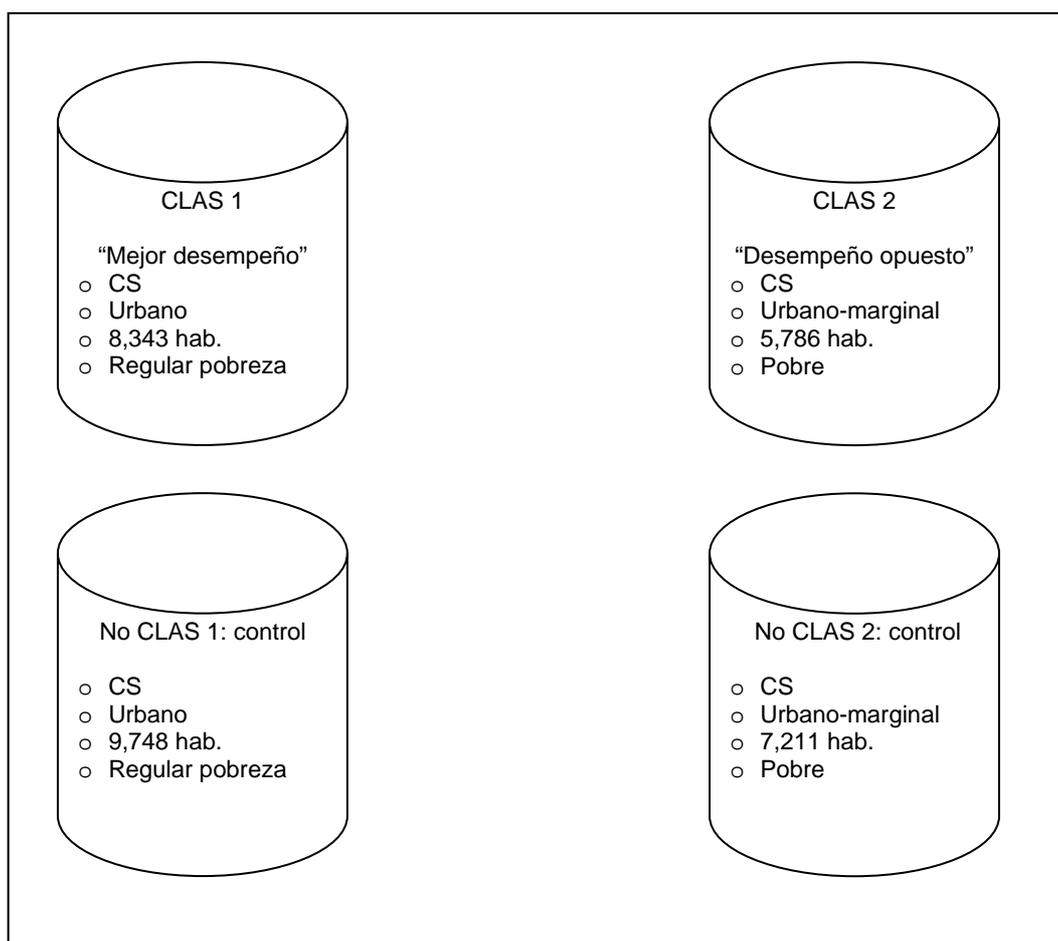
4.4. Los criterios de inclusión

La selección de la muestra ACLAS fue previamente determinada por los criterios de evaluación de desempeño del año 2003 realizada por el equipo del Ministerio de Salud del Nivel Central. Para la selección de la muestra No CLAS se consideraron cuatro tipos de criterios de inclusión, los cuales corresponden a las características genéricas de la muestra ACLAS seleccionada, debido a las restricciones en el manejo de información existentes.

- Tipo de establecimiento de salud
 - Centro de Salud
 - Puesto de Salud
- Ubicación geográfica de los establecimientos de salud:
 - Urbana
 - Rural
 - Urbano marginal
- Extensión de la población asignada
 - Menor a 5,000 habitantes
 - Entre 5,001 a 10,000 habitantes,

- Mayor a 10,001 habitantes
- Nivel de pobreza de distrito de ubicación
 - Muy pobre
 - Pobre
 - Regular
 - No Pobre

Esquema N° 3: Aplicación de los criterios de inclusión para la selección de los establecimientos de salud No CLAS de control



Fuente: Elaboración propia

Es preciso anotar que para la selección de los establecimientos de control se entrevistó a los responsables de la unidad de Servicios de Salud de las DIRES / DISAS correspondientes con la finalidad de involucrarlos formalmente en la selección de los establecimientos de control que cumplieran con los criterios de selección y además respondieran, basados en percepciones propias, sobre el nivel de desempeño de los establecimientos. Es decir, los establecimientos de salud control debían contar con la calificación de “buen desempeño” y/o “desempeño opuesto” basado en las percepciones de los responsables de las DISAS puesto que, como ya se mencionó, los establecimientos No CLAS no disponen de información sobre criterios técnicos

de evaluación de desempeño. El resultado de la selección de los controles se consigna en la siguiente tabla.

Tabla N° 4: Características genéricas de los establecimientos de salud de control No CLAS

Establecimiento de Salud	Departamento	Tipo	Población asignada	Ubicación	Nivel de Pobreza
Tabalosos	San Martín	CS	9.748	Urbano	Regular
Calca	Cusco	CS	16.575	Urbano	Regular
José Antonio Encinas	Puno	CS	7.211	Urbano-marginal	Pobre
Dignidad Nacional	Cusco	PS	4.754	Urbano	Pobre

Fuente: Diresas correspondientes.
Mapa de Pobreza de FONCODES, 2000.

4.5. La muestra

La muestra estuvo constituida por (1) ciento sesenta – 160 - usuarios atendidos por algún servicio de los ocho establecimientos de salud, (2) por setenta y nueve – 79 - miembros de organizaciones sociales de base y/o autoridades locales de las localidades asignadas a la jurisdicción del establecimiento de salud y que en la actualidad no son miembros de la Asociación CLAS y (3) por treinta y cuatro – 34 - trabajadores en total de los ocho establecimientos de salud estudiados.

4.6. El esquema conceptual del estudio

La investigación realizada estuvo determinada por las tres dimensiones conceptuales del contenido del derecho a la salud (atención, información y participación) y cuatro atributos relacionados (accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y calidad). Estos elementos conceptuales susceptibles de ser estudiados y descritos para ser analizados fueron incluidos en los términos de referencia del contrato de la presente consultoría, lo que se constituyó en el esquema conceptual macro.

A partir del esquema conceptual macro y utilizando el enfoque metodológico de Stake, *“el diseño de toda investigación requiere una organización conceptual, ideas que expresen la comprensión que se necesita, puentes conceptuales que arranquen de lo que ya se conoce, estructuras cognitivas que guíen la recogida de datos, y esquemas para presentar las interpretaciones a otras personas”*⁴⁴, se propuso el esquema conceptual presentado en el esquema N° 4.

⁴⁴ – tomado de Stake, Robert, Investigación con estudios de casos, p. 25.

La organización conceptual está relacionada con el conocimiento previo por parte del investigador de las relaciones de intercambio que sostienen los establecimientos de salud con grupos de poder de la comunidad, ya sea de la población asignada o no. Estas relaciones de intercambio son reguladas por cualquier nivel de jerarquía de normas para el primer nivel de atención de la salud, y, especialmente, por la normatividad de la Administración Compartida.

Esquema N° 4: Esquema conceptual de la investigación con estudio de casos



Fuente: Elaboración propia

Las estructuras cognitivas seguidas, en virtud del rigor estadístico, para guiar la recolección de datos del estudio, estuvieron orientadas a buscar elementos concretos desde dos frentes: la demanda y la oferta. Teniendo en cuenta que el estudio de casos es un estudio de tipo transeccional⁴⁵, que mide un fenómeno en un momento determinado, se planteó realizar en dos frentes: desde la demanda y desde la oferta. Los ejes temáticos, fuente de las preguntas para la recolección de datos, planteados fueron cuatro:

- (1) Garantía del acceso a la salud de los pobres asignados;
- (2) Aceptación cultural del servicio de salud;
- (3) Garantía del involucramiento de la comunidad organizada;
- (4) Implementación de mecanismos que extiendan el derecho a la salud.

Para el estudio de la demanda se planteó desde los términos de referencia del contrato la aplicación de entrevistas para recoger percepciones de los usuarios. También, se consideró la inclusión de las percepciones de la

⁴⁵ – ver Hernández S. R., et al., 1998. Metodología de la Investigación, p. 23

comunidad organizada y la verificación de la implementación de ciertos mecanismos regulados por parte de la oferta.

4.7. Los instrumentos de recolección

Básicamente, las técnicas propuestas y empleadas en la investigación fueron dos: (1) **la observación** y (2) **las entrevistas sistémicas**. Estas técnicas empleadas para esta investigación hacen uso de tres instrumentos de recolección de información.

Los instrumentos de recolección son de tres tipos: (1) encuestas para los usuarios del establecimiento de salud, (2) cuestionarios para grupos focales, ambas para el estudio de la demanda, y (3) lista de chequeo para la observación del cumplimiento de requisitos mínimos que efectivicen el derecho a la salud como base del estudio de la oferta.

4.8. Las encuestas

Se aplicaron dos tipos de encuestas:

- (1) para la aplicación de la Ficha Socioeconómica Familiar – FESE del Seguro Integral de Salud; y,
- (2) la encuesta de percepciones sobre el nivel de cumplimiento de los derechos a la salud.

4.8.1. La encuesta de percepciones

La encuesta de percepciones y la FESE se aplicaron a veinte usuarios de los distintos servicios de salud del establecimiento de salud estudiado luego de haber recibido la atención. Las encuestas fueron realizadas exclusivamente por el investigador en cada sede, en un periodo de uno a dos días máximo.

Considerando que las encuestas son cuestionarios escritos utilizados para recoger datos cuantitativos que para el caso de la segunda encuesta, pretende deducir percepciones de la muestra en un momento dado se planteó la aplicación de un cuestionario que recopile información de los usuarios de los establecimientos de salud objeto de estudio considerando las siguientes variables:

- Experiencia anterior con el servicio de salud
- Satisfacción del usuario
- Oportunidad de la atención
- Trato humanizado
- Tratamientos efectivos
- Percepción de información por atención
- Cobros indebidos por atenciones

4.8.1.1. La validación del instrumento

Previo al inicio de la recolección de información formal del estudio se realizó una validación en un Centro de Salud administrado por una ACLAS con el permiso formal de la DIRES encargada y la Gerencia del CLAS. En esta validación previa se cambió el instrumento original presentado en el plan de trabajo de esta consultoría. El instrumento final producto de la validación se muestra en los anexos a este documento técnico.

En la primera aplicación formal (PS Piscocoyacu en el departamento de San Martín) se produjeron cambios adicionales a la encuesta: (1) relacionado al nivel de uso de los servicios del establecimiento de salud por parte del entrevistado, (2) relacionado a la afiliación del entrevistado al SIS y (3) relacionado al pago indebido por servicios de salud considerados gratuitos.

En el primer caso, se anotó la necesidad de agregar la pregunta número 1°, “¿Acude siempre a la Posta?”⁴⁶, puesto que la encuesta contiene dos preguntas retrospectivas sobre el conocimiento del horario de atención, además de las percepciones sobre el nivel de “tratamientos acertados”, y, por último, sobre experiencias anteriores de insatisfacción que produjeran necesidad de participar individualmente haciendo uso de la queja o sugerencia.

En el segundo caso, el cambio realizado se evidencia en las preguntas 4° “¿Quién se atendió hoy en la Posta?” y 5° “¿Está afiliado al SIS?”⁴⁷ y está condicionado por la aplicación de la FESE en el encuestado y el posterior y necesario uso para el análisis cualitativo sobre el nivel de cumplimiento del derecho a la atención del encuestado. Este cambio se explica además por el alto uso por niños menores de 17 años de los servicios de salud, lo cual iba a ocasionar sesgos de interpretación de los resultados finales ya que los encuestados no son menores de 17 años, sino sus acompañantes, madres o familiares responsables de la atención dada.

En el tercer caso, la aproximación original de la variable estaba abordada por las preguntas 11, 12 y 13 de la encuesta presentada en el plan de trabajo, de las cuales fue eliminada la pregunta 13° “¿Cuánto ha pagado?”, para poder registrar en el rubro de otros si los usuarios hacen pagos por servicios de los programas nacionales y que son considerados y normados como “gratuitos” por el MINSA.

La encuesta de percepciones constó de dieciséis preguntas de respuestas únicas y múltiples, abiertas y cerradas referidos a la recolección de percepciones de los usuarios en materia del cumplimiento de los atributos del derecho a la salud como accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad.

⁴⁶ – ver anexo del formato de encuesta validado

⁴⁷ – *ibid.*

4.8.1.2. Procedimientos básicos aplicados en la encuesta

Cada encuesta, vista como proceso, cumplió con los pasos previstos en el plan de trabajo:

- a. Presentación del encuestador;
- b. Explicación breve al encuestado sobre el estudio, que contenía el propósito del estudio, las ventajas del estudio con relación a la defensa de los derechos en salud y la situación actual;
- c. Solicitud del consentimiento del encuestado, que para este caso fue verbal, debido a que en la validación preliminar se notó que los encuestados se rehúsan a opinar en encuestas si deben proceder a firmar;
- d. Realización previa de la encuesta FESE;
- e. Realización de la encuesta de percepciones
- f. Fin de la encuesta, previo agradecimiento por la colaboración con el estudio.

4.8.2. La evaluación socioeconómica - SIS

La encuesta para la aplicación del FESE tiene cuarenta y nueve variables que son determinadas por la Oficina Central del Seguro Integral de Salud. La aplicación de esta encuesta buscó estudiar si los establecimientos de salud identifican realmente las familias pobres y en extrema pobreza en sus jurisdicciones. Cabe destacar que el instrumento FESE usado para la aplicación referencial corresponde a la versión vigente en el mes de octubre del 2004 y por efectos prácticos no fue cambiado, a pesar que para el mes de enero del 2005 el SIS determinó cambios en el instrumento.

La FESE es un instrumento para identificar a los posibles beneficiarios del aseguramiento público en salud. El modelo de aseguramiento público en el Perú hace énfasis en el subsidio a las prestaciones de salud de capa simple otorgado sólo por los prestadores adscritos al MINSA sobre la previa demostración de una situación de carencia de recursos. Para tal efecto, hace uso de los conceptos de categorización de beneficiarios básicamente sobre indicadores de tenencia de bienes y servicios básicos de infraestructura (agua, luz, desagüe) y características de la vivienda donde habitan. La ficha está conformada por siete apartes:

1. Identificación de la vivienda, donde se generan siete datos relacionados a la ubicación.
2. Datos de la vivienda, que generan once datos sobre las características de la vivienda, como material de las paredes, los pisos, el techo, el abastecimiento de agua, luz y servicio higiénico.

3. Tenencia de bienes, que generan tres grupos de datos sobre el consumo de bienes para cocinar, la tenencia de electrodomésticos en el hogar, y el consumo de electricidad⁴⁸.
4. Declaración, donde se consignan los datos básicos del declarante.
5. Control de trabajo, compuesto por doce variables aplicado para el responsable de la identificación del usuario⁴⁹.
6. Datos socioeconómicos, con catorce variables, de identificación, parentesco, acceso a algún mecanismo de aseguramiento en salud, y haber sido víctima de violencia contra los derechos humanos y uso de anticonceptivos.⁵⁰
7. Educación y ocupación, que genera cuatro datos sobre el nivel educativo alcanzado y el nivel de ingresos financieros de cada miembro de la familia del encuestado.

4.8.3. La metodología de la evaluación socioeconómica

La metodología base para la aplicación de la FESE a 20 usuarios de cada establecimiento de salud estuvo determinada por las siguientes actividades:

1. Validación del instrumento (ficha estándar y vigente al mes de octubre del 2004) en campo, lo cual se realizó en un establecimiento de salud diferente a la muestra.
2. Reconocimiento de las variables que no generan ponderación en el aplicativo del Seguro Integral de Salud para la obtención de la categoría socioeconómica⁵¹.
3. Selección de las variables a ser usadas en la encuesta: de la 1 a la 16; de la 32 a la 49 exceptuando la variable 40 (DNI), 44 y 45.
4. Aplicación de la ficha FESE a cada encuestado conjuntamente con la encuesta de percepciones.
5. Digitación de las fichas en el aplicativo SIS vigente al mes de diciembre del 2004.
6. Registro de la categoría socioeconómica otorgada por el aplicativo en cada ficha.
7. Elaboración de cuadros estadísticos en hoja de cálculo para el análisis cuantitativo y posteriormente para el análisis cualitativo.

⁴⁸ – para efectos prácticos de la encuesta se consideró que si el encuestado hace uso del servicio de electricidad y paga por ella, un nivel de uso estándar de 15 kwh/mes.

⁴⁹ – en este caso no se diligenció este ítem.

⁵⁰ – no se consideraron en las encuestas estas dos últimas variables, por razones relacionadas al nivel de utilidad que tenía para el encuestado la aplicación de la ficha.

⁵¹ – la ficha FESE cuenta con varias variables que no pueden ser diligenciadas en una encuesta, teniendo en cuenta que su procesamiento primario se realiza en el establecimiento de salud a solicitud del usuario. Ejemplo: el consumo de electricidad, las variables relacionadas al control de trabajo.

4.9. Los grupos focales

Considerando que la técnica del grupo focal es especialmente útil para el estudio de asuntos complejos que involucran muchos niveles de sentimientos y experiencias⁵² son utilizados para medir percepciones de los involucrados en el fenómeno estudiado. En esta investigación, los grupos focales tuvieron como objetivo conocer las opiniones, actitudes, e ideas de los representantes de organizaciones sociales de base y/o autoridades locales con relación a la participación comunitaria en las ACLAS.

Para tal efecto, se realizaron ocho grupos focales con un promedio de 10 personas cada uno, para lo cual se utilizó una guía de entrevista semiestructurada la cual se describe más adelante.

El cuestionario de la entrevista semiestructurada que se usó para el grupo focal consta de trece preguntas⁵³ para medir seis variables, las cuales abordan aspectos clave del componente de derecho a la participación del derecho a la salud, a nivel de dos de sus principales mecanismos: a nivel individual y a nivel colectivo.

4.9.1. Las preguntas del cuestionario

1. ¿Qué problemas consideran ustedes que existen en la Posta de Salud?
2. ¿Cómo creen ustedes que se puede ejercer los derechos individuales en salud?
3. ¿Como dirigentes, ustedes alguna vez han canalizado alguna sugerencia o queja de algún usuario por la atención recibida en la Posta de Salud?
4. ¿Cómo fue atendida la sugerencia o queja por parte del CLAS, y por parte del personal de la Posta de Salud?
5. ¿Saben cuántas veces deben ustedes ser convocados como representantes de la sociedad civil a reuniones de rendición de cuentas por parte del CLAS?
6. ¿Cada qué tiempo piensan ustedes que deben ser convocados a reuniones de información en el establecimiento de salud?
7. ¿Cómo deberían ser las reuniones de información?
8. ¿Alguna vez ustedes como dirigentes han hecho llegar sugerencias o quejas a la Posta de Salud?
9. ¿Las sugerencias o propuestas realizadas por ustedes han sido aceptadas y respondidas por la Posta de Salud?
10. ¿Cómo calificaría el nivel de participación de las organizaciones e instituciones de base en el establecimiento de salud?
11. ¿Cómo son las reuniones?
12. ¿Considera que la participación en la gestión del establecimiento de salud tiene efectos prácticos en mejorar la atención al público?

⁵² – tomado de Stake, Robert. Investigación con estudio de casos, p. 15

⁵³ – ver anexos

13. ¿Qué sugieren ustedes para mejorar la atención de las propuestas y quejas de los pacientes?

4.9.2. La realización del grupo focal

Se realizaron ocho grupos focales, uno por cada establecimiento de salud estudiado. Los grupos estuvieron compuestos por un promedio de diez personas, todas representantes de diferentes organizaciones de base y/o autoridades locales de la jurisdicción asignada al establecimiento de salud estudiado, que no fueran miembros de la Asamblea General de la ACLAS. Esta restricción estuvo basada en la idea de estudiar el nivel de cumplimiento del derecho a la participación a nivel colectivo por parte de otras organizaciones de base y que están en la actualidad normadas por el modelo de Administración Compartida.

Tabla N° 5: Número de participantes de los grupos focales.

Establecimiento de Salud	N° de participantes
CS Pampa Inalámbrica	14
CS Samegua	8
CS Luis Felipe de las Casas	9
PS Piscoyacu	13
CS Tabalosos	8
CS José Antonio Encinas	13
CS Calca	9
PS Dignidad Nacional	7

Fuente: Calculado por investigador

Es importante recalcar, que los grupos focales fueron realizados sobre los principios de confidencialidad y respeto de la identidad del participante. Esta estrategia se aplicó en virtud de evitar posibles enfrentamientos del personal de los establecimientos de salud y/o de los miembros de las ACLAS que provienen de probablemente las mismas organizaciones sociales de base con los participantes de los grupos focales. Esta estrategia nació como iniciativa en la validación previa de los instrumentos, y fue propuesta por los participantes, quienes manifestaron que no se sentían cómodos para dar opiniones si resultan siendo marginados en los procesos de la atención de la salud por parte del prestador. Cabe destacar, que cinco establecimientos de salud son los únicos proveedores de salud de la zona, lo cual les coloca en una posición dominante ante los pobladores que participaron en los grupos focales.

4.9.3. Procedimientos básicos aplicados en los grupos focales

Para la convocatoria de los posibles participantes a cada grupo focal, se contó con el visto bueno del Jefe del Establecimiento de Salud y de la autoridad responsable de la Dires/DISA. Los procedimientos básicos para la realización del grupo focal tuvieron el siguiente orden:

- a. Coordinación con autoridad local disponible para la consecución del local sede del grupo focal;
- b. Solicitud del listado oficial de organizaciones sociales de base y/o autoridades locales al Jefe del Establecimiento de Salud; (fuente primaria)
- c. Selección al azar de las organizaciones sociales de base y/o autoridades locales censadas en el listado oficial;
- d. Elaboración de listado de invitados por parte del investigador;
- e. Redacción de invitación conjunta del Investigador con la Jefatura del Establecimiento de Salud;
- f. Envío de invitaciones a organizaciones sociales de base a nombre de la máxima autoridad de la organización;
- g. Visita por parte del investigador a una muestra aleatoria de los invitados para asegurar su presencia en el grupo focal;

4.9.4. Las características de los grupos focales

- Conducidos por el investigador;
- Tiempo de duración de 60 a 90 minutos por cada grupo focal;
- Realizados en locales distintos al establecimiento de salud objeto del estudio;
- Citados previamente conjuntamente por el investigador y el jefe del establecimiento de salud objeto del estudio;
- Respeto de la confidencialidad de la identidad de los participantes;
- Se registraron la denominación de las organizaciones sociales de procedencia.

4.10. La lista de chequeo

Considerando que la lista de chequeo se constituye en una herramienta sencilla, fácil y económica de aplicar para la identificación de evidencias objetivas con respecto al fenómeno de estudio, que demuestren prácticas institucionales se consideró necesario su utilización en este estudio como base de la técnica de observación propuesta.

La lista de chequeo verificó varias fuentes primarias como secundarias para poder describir las variables del estudio. Hizo evidencia de las prácticas institucionalizadas de los establecimientos de salud con relación a la

implementación de mecanismos pro-derechos de salud y pro población en situación de pobreza y extrema pobreza.

La lista de chequeo contuvo las siguientes variables:

1. Acceso de la población más alejada a los servicios de salud proporcionada por equipos itinerantes;
2. Cronograma de trabajo extramural (para la aplicación de las medidas de prevención, y seguimiento de población vulnerable con daño)
3. Mecanismos que garanticen accesibilidad cultural óptima: disponibilidad de material visible en salas de espera como flujogramas, horarios, urgencias.
4. Mecanismos que garanticen mejoras en el acceso económico de la población asignada y no asignada: clasificación de tarifas para pobres procedentes de otras zonas en caso no estén afiliados al SIS y criterios de exoneración de la prestación de la población pobre de otras zonas.
5. Disponibilidad de la atención de emergencias: flujogramas de Referencia y Contrarreferencia.
6. Disponibilidad de atención para la atención de diez patologías más frecuentes: existencia de protocolos.
7. Medición de la aceptabilidad: nivel de la extensión de uso (atendidos en el año) por consulta médica.
8. Medición de la aceptabilidad: niveles de cobertura en grupos prioritarios (Niño, Adolescente, Adulto).
9. Accesibilidad al derecho a la información: Rendición de cuentas (reuniones).
10. Accesibilidad a instrumentos de participación individual: existencia de Buzón de quejas y sugerencias.

Las listas de chequeo se aplicaron en base a la revisión de fuentes primarias y secundarias, que por lo general son documentos de gestión y de operación del establecimiento de salud, tales como:

- El Programa de Salud Local del 2003 (en los establecimientos CLAS y/o el Plan Operativo del 2003, instrumento de planificación en salud equivalente en los No CLAS,
- Las evaluaciones anuales del 2003 del PSL, y/o de los planes operativos del 2003.
- Cuaderno de Reporte Diario del primer mes de cada trimestre del año 2003,
- Protocolos y guías documentadas,
- Publicaciones y materiales diversos.
- Los reportes del Sistema de Estadística HIS-MIS
- Informes Operacionales del Programa Materno-Perinatal.
- Informe Operacional de Atención del Niño menor de 5 años.
- Informe Operacional del programa CRED
- Libro de Actas del Establecimiento de Salud.

4.11. Método de análisis

Básicamente se aplicó el método de análisis cualitativo, considerando que el fenómeno estudiado es más que la suma de las variables cuantitativas/cualitativas, sino que se centra en la comprensión de éste y no en la relación entre las variables⁵⁴. El análisis cualitativo está determinado por aproximaciones comparativas de los cuatro establecimientos de salud administrados por una ACLAS con sus equivalentes No CLAS, entre los mejores, y entre los opuestos, lo cual incluyó el análisis estadístico y la construcción de índices de los datos cuantitativos obtenidos.

La información obtenida de las variables estudiadas, tanto de la encuesta de percepciones como de los grupos focales, se procesó extrayendo los conceptos importantes de cada componente incluido en el estudio.

El análisis comparativo tendrá dos niveles: (1) entre los establecimientos CLAS con el control agrupados entre los dos mejores y los dos opuestos; y, (2) entre los dos mejores CLAS contra los dos opuestos.

En el primer caso, se establecerán dos relaciones comparativas. entre los dos mejores CLAS con los dos mejores No CLAS, es decir, entre el CS Samegua, el CS Pampa Inalámbrica, ambos ubicados en Moquegua con el CS Tabalosos, ubicado en San Martín, y el CS Calca, ubicado en el departamento de Cusco; así como la comparación entre los opuestos CLAS (CS Luis Felipe de las Casas, ubicado en el Callao, y el PS Piscoyacu, ubicado en San Martín con el CS José Antonio Encinas, Puno y el PS Dignidad Nacional ubicado en Cusco). Estas relaciones se muestran en la siguiente tabla.

Tabla N° 6: Relaciones entre los establecimientos CLAS con No CLAS para el análisis comparativo

CLAS		No CLAS	
Establecimiento de Salud	Departamento	Establecimiento de Salud	Departamento
CS Samegua	Moquegua	CS Tabalosos	San Martín
CS Pampa Inalámbrica	Moquegua	CS Calca	Cusco
CS Luis Felipe de las Casas	Callao	CS José Antonio Encinas	Puno
PS Piscoyacu	San Martín	PS Dignidad Nacional	Cusco

Fuente: Equipo de operaciones del PAAG-Nivel Central MINSA.

En el segundo caso, se establecerán dos tipos de relaciones comparativas. Se realizará el análisis comparativo entre los dos mejores ACLAS (CS Samegua y CS Pampa Inalámbrica) con los dos opuestos (CS Luis Felipe de las Casas y el PS Piscoyacu), cuyas relaciones se muestran en la tabla siguiente.

⁵⁴ – Corbetta, P.; p. 391.

Tabla N° 7: Relaciones entre los dos mejores establecimientos CLAS con los dos opuestos CLAS para el análisis comparativo

CLAS con el mejor desempeño		CLAS con el desempeño opuesto	
Establecimiento de Salud	Departamento	Establecimiento de Salud	Departamento
CS Pampa Inalámbrica y CS Samegua	Moquegua	CS Luis Felipe de las Casas y el PS Piscoyacu	Callao / San Martín

Fuente: Elaboración propia.

La presentación de los resultados será básicamente narrativa, sin descartar el uso de tablas con datos cuantitativos, cuyos resúmenes serán presentados en anexos adjuntos al final del documento.

4.12. Anexos de los instrumentos

4.12.1. Formato de la encuesta de percepciones

ENCUESTA DE PERCEPCIONES	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____	
LUGAR: _____	FECHA: _____
1. Acude siempre a la Posta	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
2. ¿Sabe en qué horarios atiende la Posta?	
3. ¿Qué le parece el horario de atención?	Adecuado Inadecuado
4. ¿Quién se atendió hoy en la Posta?	
5. ¿Está afiliado(a) al Seguro Integral de Salud?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
6. ¿Se siente satisfecho con la atención recibida?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>
7. ¿Cuánto tiempo esperó para la atención?	Menos de 30 minutos <input type="checkbox"/> 30 – 59 minutos <input type="checkbox"/> 1 – 2 horas <input type="checkbox"/> 2 – 4 horas <input type="checkbox"/> Más de 4 horas <input type="checkbox"/>
8. ¿El personal de caja, farmacia, archivo, triaje que le atendió fue amable?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
9. ¿El profesional que le atendió fue amable?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
10. ¿Cómo calificaría los tratamientos que le dan en la Posta?	Siempre acertados <input type="checkbox"/> A veces acertados <input type="checkbox"/> Nunca acertados <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>
11. ¿El personal que le atendió le explicó sobre el diagnóstico, tratamiento y cuidados a tener en cuenta?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
12. ¿Entendió lo que le explicó?	Todo <input type="checkbox"/> Más o menos <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> No responde <input type="checkbox"/>
13. ¿Hoy ha efectuado algún pago por la atención?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
14. ¿Por cuál (es) servicio (s) ha pagado?	Historia clínica <input type="checkbox"/> Consulta Médica <input type="checkbox"/> Consulta de otro tipo <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Análisis <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> -----
15. ¿Alguna vez ha querido dar sugerencias o quejas sobre la atención recibida? (si es no termine la encuesta)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
16. Si se quejó ¿cómo fue atendida su queja o sugerencia?	Con mucho interés <input type="checkbox"/> Con poco interés <input type="checkbox"/> Fue rechazada <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>
V. 2	

4.12.2. Formato de cuestionario para el grupo focal

GRUPO FOCAL	
Variables principales	Preguntas abiertas
1. Derecho a la participación: participación individual. Disponibilidad	1. ¿Qué problemas consideran ustedes que existen en la Posta de Salud?
	2. ¿Cómo creen ustedes que se puede ejercer los derechos individuales en salud?
2. Derecho a la participación: participación comunitaria. Disponibilidad	3. ¿Como dirigentes, ustedes alguna vez han canalizado alguna sugerencia o queja de algún usuario por la atención recibida en la Posta de Salud?
	4. ¿Cómo fue atendida la sugerencia o queja por parte del CLAS, y por parte del personal de la Posta de Salud?
	5. ¿Saben cuántas veces deben ustedes ser convocados como representantes de la sociedad civil a reuniones de rendición de cuentas por parte del CLAS?
	6. ¿Cada qué tiempo piensan ustedes que deben ser convocados a reuniones de información en el establecimiento de salud?
3. Derecho a la participación: participación comunitaria. Aceptabilidad	7. ¿Cómo deberían ser las reuniones de información?
	8. ¿Alguna vez ustedes como dirigentes han hecho llegar sugerencias o quejas a la Posta de Salud?
4. Derecho a la participación: participación comunitaria. Aceptabilidad	9. ¿Las sugerencias o propuestas realizadas por ustedes han sido aceptadas y respondidas por la Posta de Salud?
	10. ¿Cómo calificaría el nivel de participación de las organizaciones e instituciones de base en el establecimiento de salud?
5. Derecho a la participación: participación individual. Calidad	11. ¿Cómo son las reuniones?
	12. ¿Considera que la participación en la gestión del establecimiento de salud tiene efectos prácticos en mejorar la atención al público?
6. Derecho a la participación: participación individual. Accesibilidad	13. ¿Qué sugieren ustedes para mejorar la atención de las propuestas y quejas de los pacientes?

4.12.3. Formato para lista de chequeo

LISTA DE CHEQUEO			
ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____			
LUGAR: _____		FECHA: _____	
VARIABLE	SI	NO	OBSERVACIONES
1. ¿Tiene identificados los centros poblados alejados?	-	-	-
2. ¿Cuántas visitas de equipos itinerantes ha realizado en el año a los centros poblados alejados?	-	-	-
3. ¿Tiene sectorizada la zona geográfica asignada?	-	-	-
4. ¿Tiene horario de atención publicado?	-	-	-
5. ¿Tiene publicado los flujogramas de atención?	-	-	-
6. ¿Tiene publicado el croquis del establecimiento de salud?	-	-	-
7. ¿Tiene publicadas las tarifas de atención?	-	-	-
8. ¿Tiene criterios de exoneración para la atención de pobres de otras zonas?	-	-	-
9. ¿Tiene tarifas de atención para pobres de otras zonas?	-	-	-
10. ¿Tiene publicados los criterios de exoneración para pobres no comprendidos en los planes del SIS?	-	-	-
11. ¿Tiene flujograma de atención de urgencias?	-	-	-
12. ¿Tiene identificadas las diez patologías más frecuentes de atención?	-	-	-
13. ¿Tiene protocolos de atención de las diez patologías más frecuentes?	-	-	-
14. ¿Cuál es la extensión de uso año 2003 (atendidos / población) por todos los servicios?	-	-	-
15. ¿Cuál fue la cobertura de niños protegidos ASA 1 año en el 2003?	-	-	-
16. ¿Cuál fue la cobertura de niños < 1 año controlado CRED en el 2003?	-	-	-
17. ¿Cuál fue la cobertura de Gestantes controladas en el 2003?	-	-	-
18. ¿Cuántas reuniones se realizaron en el 2003 para rendición de cuentas a la comunidad organizada de avances del PSL?	-	-	-
19. ¿Tiene en lugar accesible un buzón de quejas y sugerencias?	-	-	-

CAPÍTULO V:

RESULTADOS DEL ESTUDIO DE CASOS Y LOS CONTROLES

El cumplimiento del contenido del derecho a la salud en los establecimientos ACLAS es un tema relevante en la actualidad, que se acentúa con los cambios en el contexto inmediato del modelo de gestión, como es la inclusión del aseguramiento público manejado desde la óptica del Seguro Integral de Salud – SIS, así como, ante la continuidad que ha tenido la expansión del modelo de gestión a nivel nacional con más bien pocos elementos regulatorios desde el sistema de salud que optimicen las relaciones y los resultados en el nivel operativo.

Los cuatro establecimientos de salud estudiados administrados por una ACLAS tienen cuatro establecimientos de salud No CLAS de control, con los cuales se contrastarán los resultados para un análisis comparativo y sistémico de tres tipos: (1) entre los dos mejores ACLAS y los dos opuestos ACLAS, (2) entre los dos mejores ACLAS y los dos mejores No CLAS y (3) entre los dos opuestos ACLAS y los dos opuestos No CLAS. Este tipo de análisis se realiza con la finalidad de extraer cuál es el modelo que mejor se desempeña en el cumplimiento del contenido del derecho a la salud en sus tres dimensiones: derecho a la atención, derecho a la información y derecho a la participación.

Se estudiaron cuarenta y nueve variables para abordar los cuatro atributos (accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad) de los tres componentes del derecho a la salud mencionados; que a la vez están agrupados bajo un esquema general en cuatro ejes temáticos: (1) la garantía del acceso a la

salud de los pobres asignados, (2) aceptación cultural del servicio de salud, (3) garantía del involucramiento de la comunidad organizada, y (4) implementación de mecanismos regulados que extienden el derecho a la salud.

Los hallazgos del estudio de casos se harán en cuatro apartes:

1. Los resultados de la evaluación socioeconómica y el acceso al aseguramiento público en salud;
2. El derecho a la atención o prestación;
3. El derecho a la información; y,
4. El derecho a la participación

Para la descripción del estudio de casos y sus respectivos controles se agruparán las cuarenta y nueve variables estudiadas en los tres componentes del contenido del derecho a la salud, y se describirán en conjunto por cada componente y por cada atributo estudiado, rasgo distintivo de los estudios descriptivos básicamente cualitativos. Aunque no se dejarán de lado las evidencias cuantitativas que sirven de base para el análisis comparativo.

5.1. Generalidades de los establecimientos de salud

Los dos mejores establecimientos de salud administrados por una ACLAS se encuentran en el departamento de Moquegua, en las provincias de Moquegua e Ilo. Ambos establecimientos de salud son Centros de Salud y actúan en un radio de acción complementariamente con otros establecimientos de salud del MINSA y del sector privado. Ambos se ubican en zonas urbanas, uno en una zona netamente urbana y el segundo en una zona urbano-marginal, polo de crecimiento demográfico del distrito en la última década. Los casos control de estos establecimientos de salud están ubicados en los departamentos de Cusco y San Martín. En el primer caso está ubicado en el distrito de Calca, con prestadores complementarios de la seguridad social y el sector privado, en el segundo caso se trata del distrito de Tabalosos donde el único prestador de salud es el Centro de Salud del MINSA.

Los dos establecimientos de salud ACLAS con el desempeño opuesto se encuentran en el departamento de San Martín y la Provincia Constitucional del Callao. El primero es un Puesto de Salud, único proveedor de salud del distrito, y el segundo es un Centro de Salud en una zona urbano-marginal que actúa con una amplia gama de prestadores de salud, tanto de la seguridad social como del sector privado.

La muestra es muy heterogénea por variables de la ubicación geográfica, así como por variables culturales y económicas. Resalta que los criterios de inclusión genéricos garantizan una aproximación bastante homogénea de las variables estudiadas, más no de los factores condicionantes y determinantes a la hora de garantizar mecanismos que hagan realidad el derecho a la salud a la población asignada.

5.2. La evaluación socioeconómica y el acceso al aseguramiento público

La evaluación socioeconómica

Desde la inclusión del SIS, en el año 2002, como mecanismo explícito para garantizar el acceso a la salud, los establecimientos de salud del MINSA están obligados⁵⁵ a identificar a los potenciales beneficiarios del programa dentro de los pobladores asignados a su jurisdicción. Este procedimiento, en teoría, sólo se realiza en los establecimientos de salud del primer nivel de atención (Puestos y Centros de Salud). La identificación de los beneficiarios se realiza a través del proceso de evaluación socioeconómica, que está conformado por tres subprocesos: (1) la inscripción, (2) la afiliación y (3) la carnetización.

El proceso hace uso de un instrumento, la Ficha de Evaluación Socioeconómica - FESE, la cual se aplica a las familias para, mediante criterios demográficos, de tenencia de bienes y características de la vivienda, identificar grupos pobres y vulnerables y así focalizar el gasto público en salud. Las FESE son procesadas en un aplicativo denominado Sistema de Identificación de Usuarios – SIU.

El proceso de evaluación socioeconómica es un proceso prioritario para los establecimientos de salud del primer nivel a la hora de garantizar la exigibilidad del derecho a la atención para la población pobre del país. Los avances en la extensión de la cobertura del aseguramiento público dependen de la identificación de las familias que se encuentran en situación de pobreza y extrema pobreza. Es así que depende de la capacidad del establecimiento de salud para extender mediante la cobertura el proceso de evaluación socioeconómica al cien por ciento de las familias asignadas, así como para aplicar los criterios de clasificación imparcialmente, y verificar la idoneidad de datos a efecto de evitar las filtraciones de población no pobre. Se puede resumir que el proceso de evaluación socioeconómica es un proceso crítico para garantizar el derecho a la atención de las familias pobres del país.

Adicionalmente, existen restricciones en el diseño del subsidio focalizado que sólo brinda prestaciones a la población menor de 17 años de edad, a las mujeres gestantes que demuestren condiciones de pobreza y a los adultos que pertenecen a organizaciones sociales de base. Así tenemos limitaciones en la extensión de la cobertura horizontal de los pobres, que se agrava ante las dificultades operativas que existen a la hora de aplicar el proceso de evaluación socioeconómica en su totalidad.

En la ejecución del presente estudio se aplicaron 160 FESE post-atención, identificando 884 pobladores de las ocho jurisdicciones de los establecimientos de salud estudiados. La tendencia general encontrada en la distribución de las categorías socioeconómicas sigue el siguiente orden: 54%

⁵⁵ – Artículo 2°, inciso a. del D.S. N° 303-2002/SA publicado en El Peruano el 25 de mayo del 2002.

categorizados como pobre extremo, 30% como pobre no extremo y 16% como no pobre.

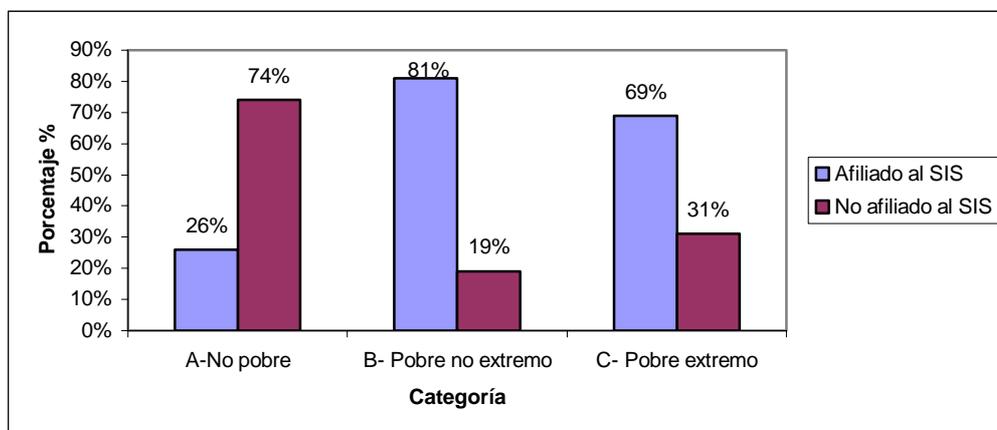
Se encontró que en los CLAS opuestos se presenta la mayor concentración de familias en pobreza extrema, 83% (sobre el total de las veinte familias encuestadas por cada establecimiento de salud). Los mejores No CLAS tienen la segunda carga de familias en pobreza extrema (58%), seguido por los No CLAS opuestos (45%) y la menor carga de extrema pobreza la tienen los mejores CLAS (30%), (ver anexos 10 y 11). Este hallazgo está relacionado con el nivel de pobreza del distrito donde se ubica el establecimiento de salud de la muestra.

Se puede concluir que los CLAS con mejor desempeño tienen menor atención de familias pobres extremas que los No CLAS de igual desempeño y los CLAS opuestos. También se concluye que los CLAS con desempeño opuesto, los cuales son establecimientos de salud de menor categoría y con serias restricciones en la capacidad resolutive, tienen la mayor presión porcentual de familias pobres extremas que afiliar. Esta situación refleja la necesidad de fortalecer los establecimientos de menor categoría con recursos y mejorar los sistemas de referencia y contrarreferencia para garantizar la continuidad en la atención de la salud de la población, especialmente de la población en situación de extrema pobreza.

El aseguramiento público

En cuanto al aseguramiento público, en todos los establecimientos de salud del estudio, se evidenció que sólo el 69% del total de los niños de 0 a 4 años categorizados como pobres extremos tienen acceso al aseguramiento público, en contraste con el 81% del total de los categorizados como pobres no extremos y 26% de los no pobres, que no deberían tener acceso a los beneficios de las prestaciones en salud del SIS⁵⁶. (Ver gráfico N° 1).

Gráfico N° 1: Acceso al aseguramiento público de los niños de 0 a 4 años en todos los establecimientos de salud (CLAS y No CLAS) del estudio.

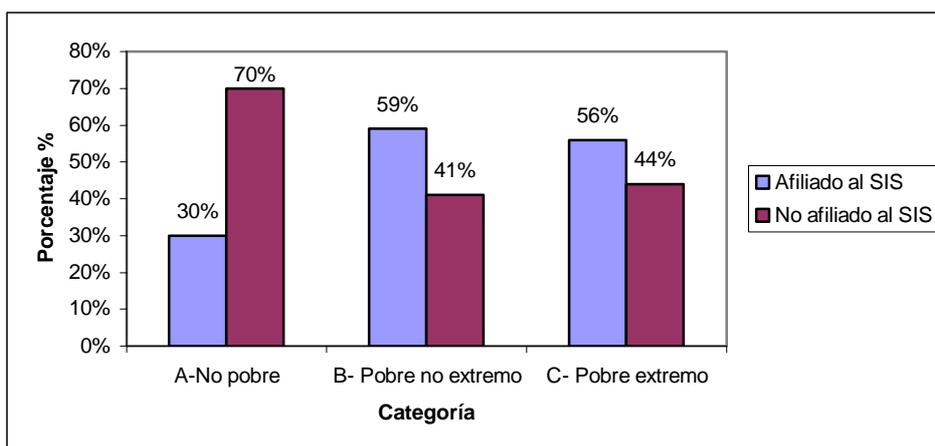


Fuente: Elaboración propia.

⁵⁶ – ver anexo N° 03 de la R.M. 602-2000 SA/DM del 27 de mayo del 2003

En el grupo de niños y adolescentes de 5 a 17 años se repite la distribución, teniendo que el grupo más beneficiado son los pobres no extremos (59%), en contraste con el alcanzado por los pobres extremos (56%). El acceso al aseguramiento público por la población no pobre es mayor que en el caso anterior (30%). (Ver gráfico N° 2).

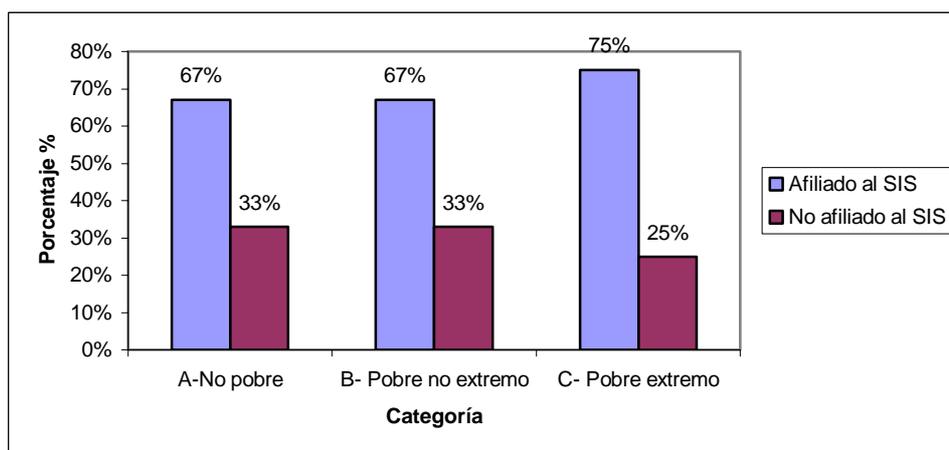
Gráfico N° 2: Acceso al aseguramiento público de población de 5 a 17 años en todos los establecimientos de salud (CLAS y No CLAS) del estudio.



Fuente: Elaboración propia.

La situación para la gestante en pobreza extrema, varía al evidenciar que la mayor concentración de la cobertura por el SIS está en este grupo (75%), pero, también se alcanza una cobertura del 67%, tanto para las gestantes pobres no extremas, como para las no pobres. (Ver gráfico N° 3)

Gráfico N° 3: Acceso al aseguramiento público de las gestantes en todos los establecimientos de salud (CLAS y No CLAS) del estudio.



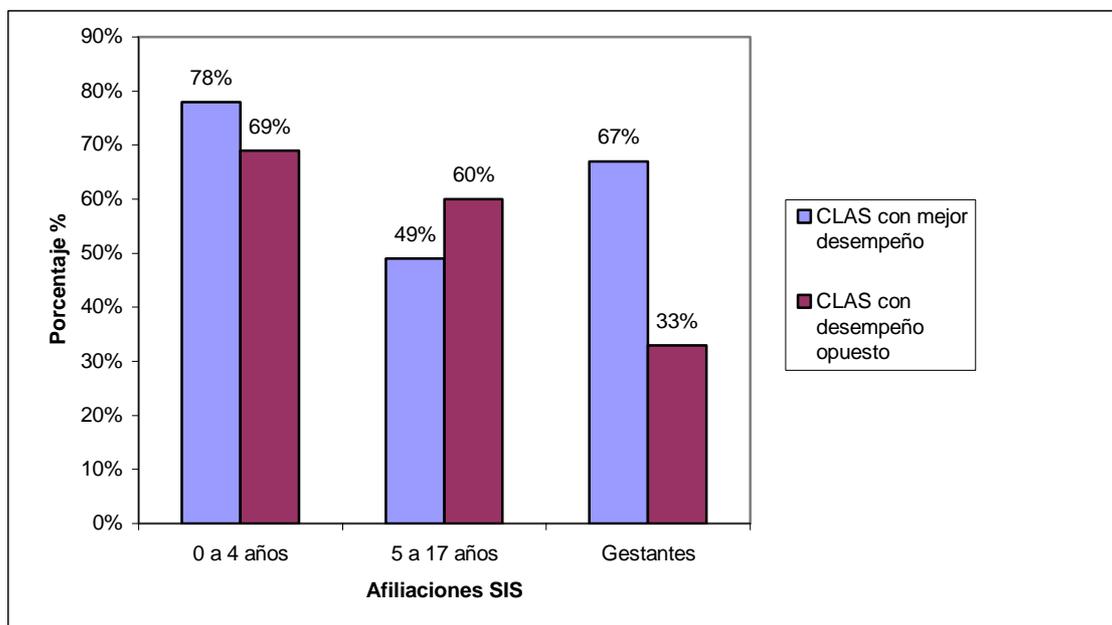
Fuente: Elaboración propia

La capacidad de todos los establecimientos para evitar las filtraciones de la población no pobre (Categoría A) se ve limitada y se evidencia al contar con

afiliados al SIS en los tres grupos prioritarios, situación que se hace extrema en las altas coberturas de afiliación de las gestantes (67%) de la categoría A.

El desempeño de los mejores ACLAS no es compatible con la garantía del acceso a la salud de la población asignada, puesto que éstos cumplen con la afiliación de un 49% de la población del Plan B (niños y adolescentes de 5 a 17 años) considerada como susceptible (pobres no extremos y pobres extremos) de ser beneficiaria del SIS contra un 60% logrado en los ACLAS opuestos. Aunque, para el caso de la población total de niños menores de 5 años - Plan A - y gestantes - Plan C - la situación se invierte, pues, en los mejores ACLAS se logró la afiliación del 78% de los posibles beneficiarios contra un 69% en los CLAS opuestos y para el caso de las gestantes se logró el 67% en los mejores CLAS contra el 33% en los CLAS opuestos.

Gráfico N° 4: Afiliaciones al SIS de grupos prioritarios en los mejores y opuestos CLAS.



Fuente: Elaboración propia

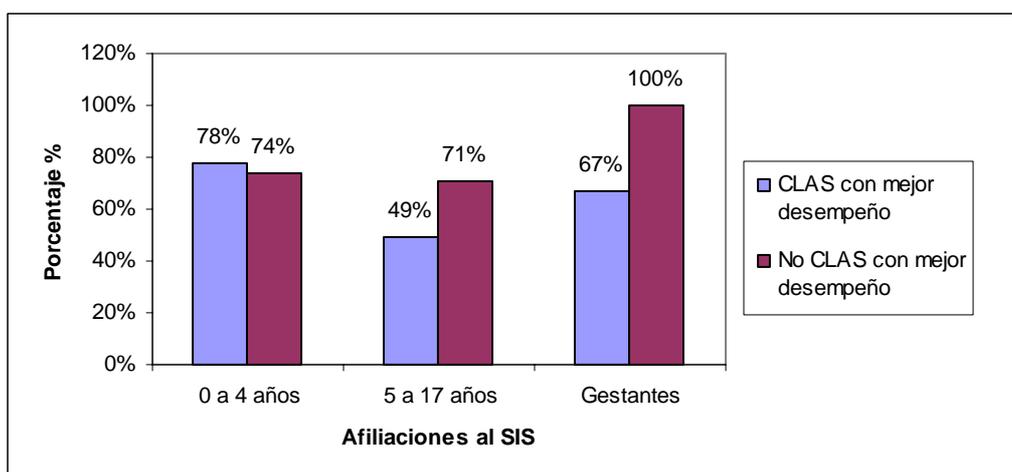
El proceso de afiliación al SIS, que garantiza el acceso al aseguramiento público, muestra deficiencias que atentan contra el derecho a la atención, al limitar las prestaciones del SIS de la población vulnerable y pobre de las jurisdicciones asignadas tanto en los mejores ACLAS como en los opuestos, lo cual demuestra que no existen ventajas comparativas

Esta realidad está estrechamente relacionada con la exigencia por parte del programa SIS de la presentación de ciertos documentos de filiación de los evaluados y donde instituciones públicas del país, establecen barreras económicas y logísticas, para la entrega de los documentos de identidad, los mismos que resultan de cobros onerosos y procesos engorrosos para los ciudadanos en extrema pobreza. En el CS Pampa Inalámbrica - Moquegua- se evidenciaron tres casos de usuarios categorizados como pobres extremos, que no lograron la inscripción al SIS porque sus hijos habían nacido fuera de la

jurisdicción (Tacna, Arequipa) y el desplazamiento hacia esos lugares acarrea gastos enormes a los solicitantes, lo que contrasta con la realidad del distrito que recibe poblaciones migrantes de todas partes del país ante la inminente oportunidad de crecimiento económico asociado a que Ilo será la zona de salida del gas de Camisea en un futuro inmediato.

En el caso de los No CLAS de mejor desempeño, éstos presentan mejores resultados que los CLAS con mejor desempeño en los niveles de afiliación de las poblaciones susceptibles de ser afiliadas de 5 a 17 años y de las gestantes. No se demuestra igual desempeño en la afiliación del grupo de 0 a 4 años. Los mejores ACLAS alcanzan un 78% de afiliación efectiva para el Plan A (0 a 4 años), 49% para el Plan B (5 a 17 años) y 67% para gestantes, contra un 74%, 71% y 100% respectivamente en los No CLAS de mejor desempeño.

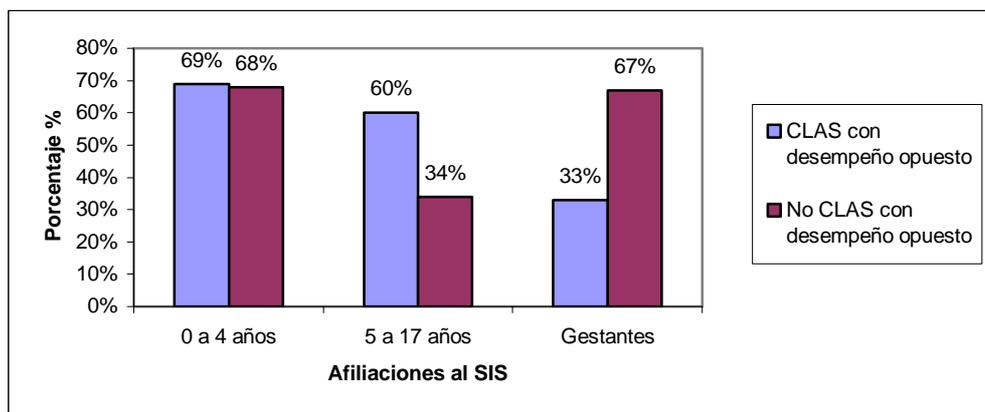
Gráfico N° 5: Afiliaciones al SIS de grupos prioritarios en los mejores CLAS y mejores No CLAS.



Fuente: Elaboración propia

En el caso de los CLAS opuestos contra los No CLAS opuestos se evidencia que la afiliación de la población del Plan A (0 a 4 años) es ligeramente mayor en los CLAS opuestos, es decir, un 69% contra un 68%. En el caso del Plan B (5 a 17 años) es notablemente mejor el desempeño de los CLAS, que logran un 60% de afiliaciones contra un 34% en los No CLAS. Para el caso de la afiliación de Gestantes, ésta es mayor (67%) en los No CLAS de desempeño opuesto que en los CLAS de desempeño similar (33%).

Gráfico N° 6: Afiliaciones al SIS de grupos prioritarios en los CLAS y No CLAS de desempeño opuesto



Fuente: Elaboración propia

Para el aspecto del aseguramiento público, los casos CLAS estudiados tampoco muestran ventajas comparativas en la garantía del acceso a la salud de los más pobres asignados, a pesar que existen mecanismos explícitos por parte del SIS para fomentar el acceso de la población pobre mediante el uso de los subsidios a la demanda, que se traducen en pagos por prestaciones otorgadas a los prestadores, es decir, se introdujeron incentivos financieros directos para que el nivel prestador garantice el acceso a la salud de los más pobres.

En este caso, y se discutirá más adelante, los establecimientos CLAS responden mayormente a una lógica de “vendedor de servicios de salud”, compatible con una lógica de mercado, que cumple con el raciocinio de garantía al mejor postor y mejor pagador. El SIS ha demostrado serias y muy documentadas deficiencias⁵⁷ en los reembolsos al nivel prestador. Esto asociado a que desde hace aproximadamente cuatro años los CLAS vienen enfrentándose a recortes presupuestales desde el Nivel Central para los bienes y servicios de los establecimientos de salud que administran. Además, hay que tener en cuenta que en el MINSA existe una lógica restrictiva para el abastecimiento con insumos y equipamiento básico por parte de los niveles administrativos regionales, entonces los CLAS tienen mayores incentivos negativos para generar mecanismos de cobros indebidos y limitación de la atención a los usuarios del SIS porque necesitan de liquidez financiera en el corto plazo para cubrir con la carga de personal contratado, servicios y bienes directamente adquiridos, entre otros gastos. Cabe anotar que los establecimientos CLAS con el mejor desempeño son Centros de Salud que atienden poblaciones mayores de 5,000 habitantes contra los opuestos que son un Puesto de Salud y un Centro de Salud con poblaciones menores.

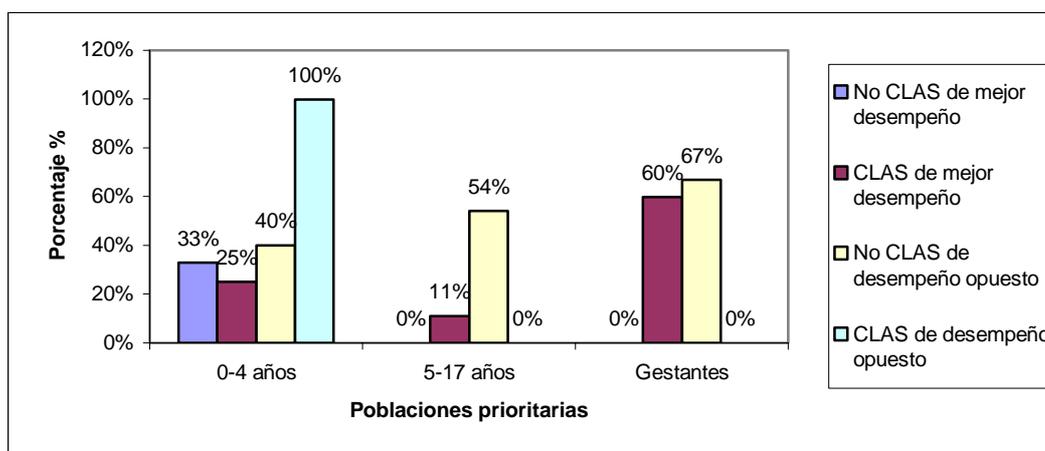
También, cabe destacar que en ambos casos se realizan afiliaciones regresivas, es decir, afilian a poblaciones que no son susceptibles de subsidios por ser considerados por la metodología vigente como “no pobres”, lo cual es evidente en el gráfico N° 7. Esta situación puede estar relacionada con el

⁵⁷ - Vera La Torre J.C., “Cobertura y financiamiento del Seguro Integral de Salud en el Perú”, p. 37.

riesgo moral por parte del prestador y aún del usuario. Por parte del prestador tenemos que éstos facilitan mediante mecanismos informales la inclusión de la población no susceptible del subsidio por diversas preferencias. Y por parte del usuario tenemos que conociendo la verdadera situación socioeconómica postulan para ser categorizados como pobres, para lo cual proporcionan datos falsos y acceden al aseguramiento público.

Otro fenómeno que puede estar ocurriendo es el relacionado con la poca capacidad operativa de los establecimientos CLAS en realizar visitas de verificación para las condiciones de la vivienda, que al parecer ocupa el mayor porcentaje de ponderación en el proceso de evaluación sistematizada del SIU. Además, se considera un factor restrictivo el tiempo que transcurre entre los subprocesos de inscripción, afiliación y carnetización que en algunos casos superan un trimestre⁵⁸. La limitada capacidad operativa de los establecimientos para realizar las visitas de verificación a los domicilios de las familias encuestadas, se evidencia con mayor fuerza en el caso de los CLAS y No CLAS de desempeño opuesto, como se aprecia en el gráfico N° 7 que muestra que los mayores niveles de afiliación (filtración) de la población no pobre (Categoría A) se da en estos establecimientos de salud.

Gráfico N° 7: Afiliaciones al SIS de pobladores Categoría A (no pobre) en todos los establecimientos de salud del estudio.

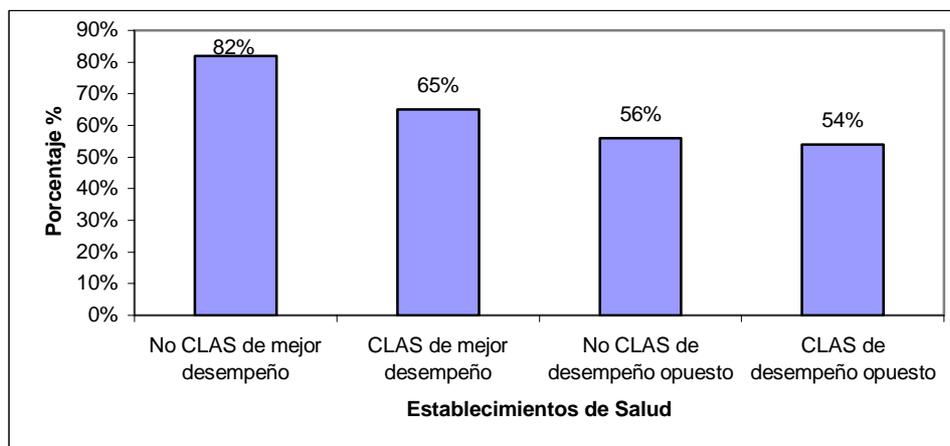


Fuente: Elaboración propia

Al revisar los datos obtenidos de la capacidad de afiliación al SIS de los tres grupos prioritarios (0-4 años, 5-17 años y gestantes) tenemos que los mayores niveles de afiliación se dan en los No CLAS de mejor desempeño (82%) contra los alcanzados por los CLAS de mejor desempeño (65%). Para el caso de los establecimientos de desempeño opuesto, la tendencia de mayor capacidad en los No CLAS se repite: los No CLAS lograron ligeramente un mayor nivel de afiliación (56%) que los CLAS (54%).

⁵⁸ – declaraciones otorgadas por algunos encuestados que habían solicitado la inscripción, pero no podían hacer uso de los beneficios por demoras en la respuesta de la OLSIS de cada región. Estos datos no pudieron ser consignados en el estudio puesto que no fueron considerados en el diseño.

Gráfico N° 8: Niveles totales de afiliación al SIS de grupos prioritarios en las muestras del estudio.



Fuente: Elaboración propia

En relación a la capacidad del modelo de gestión de lograr garantía al derecho a la atención mediante el acceso al aseguramiento público se encuentra ventajas comparativas en el modelo de gestión No CLAS con respecto a los CLAS – gráfico N° 8. Los No CLAS logran mayores y mejores niveles de afiliación al SIS de la población susceptible de ser afiliada (categorías B y C), tanto en la muestra de mejor desempeño como en la del desempeño opuesto.

Estos hallazgos revelan la necesidad de fortalecer la operatividad e implementación efectiva del proceso de evaluación socioeconómica en los establecimientos de salud mediante mecanismos institucionales desde el nivel administrador regional y, por ende, del nivel nacional para fomentar la consecución de los objetivos mayores del SIS, amparados en el mandato constitucional: “toda persona tiene derecho a la protección de la salud”.

5.3. El derecho a la atención en los estudios de casos

La garantía del acceso a la salud de los pobres asignados de por sí se ve afectada en el proceso de evaluación socioeconómica. Quienes no accedieron al aseguramiento público en salud no tienen más opción que financiar de su bolsillo las prestaciones de capa simple que garantiza el SIS.

Es en este momento cuando se inicia el proceso de aceptación cultural por parte del usuario potencial del servicio de salud ante una necesidad sentida, y define el momento y el grado de uso de las prestaciones del servicio de salud, las cuales se ven sometidas a percepciones de los usuarios quienes juzgan la disponibilidad del servicio según su escala de necesidades, percepciones y expectativas, es decir, se produce la aceptación cultural del servicio de salud.

Aceptabilidad

En este estudio se halló que el 96% de los encuestados hacen uso regular del establecimiento de salud en el tiempo. Considerando que sólo tres establecimientos actúan como agentes monopólicos en el territorio donde se ubican, este hallazgo demuestra el alto grado de aceptabilidad de los servicios de salud por el usuario pobre. Este atributo se ve fortalecido cuando el 65% de los encuestados responden que les parece “adecuado” el horario de atención. Quizás una barrera al acceso que afecta la aceptabilidad del establecimiento es el pobre reconocimiento de los horarios de atención por parte del usuario, sólo un 23% reconoce correctamente los horarios de atención.

Sin embargo, el grado de satisfacción sigue siendo alto⁵⁹, el 71% dijo que se siente satisfecho con la atención recibida. Cabe destacar, que la encuesta se realizó luego de haber recibido la atención.

Este hallazgo es contrastante con el grado de aceptabilidad de los entrevistados en los grupos focales, quienes dejaron claro que la atención es mala. Quizás el rol de dirigentes eleva el nivel de percepciones y expectativas que hace el juicio de valor más estricto.

Los CLAS con mejor desempeño muestran mejores niveles de aceptabilidad que los CLAS de desempeño opuesto.

Tabla N° 8: Aceptabilidad cultural de los establecimientos de salud CLAS mejor desempeño y CLAS desempeño opuesto.

Muestra	Reconocimiento correcto de horario de atención	Aceptación de horario de atención	Grado de satisfacción por atención recibida
CLAS con mejor desempeño	28%	73%	83%
CLAS con desempeño opuesto	18%	65%	58%

Fuente: Elaboración propia de las encuestas de percepciones. Ver anexo.

No existen diferencias significativas entre la “aceptabilidad cultural” de los CLAS con mejor desempeño con los No CLAS de mejor desempeño. Hay una leve tendencia superior en los No CLAS con relación a la aceptación del horario de atención y el grado de satisfacción por la atención recibida. Este hecho se puede relacionar más a la capacidad resolutive que tienen los Centros de Salud⁶⁰, que al modelo de gestión. A pesar que ninguno de los dos

⁵⁹ – no existen consensos cuál es el nivel superior de la satisfacción esperada por un servicio por parte de los usuarios, aunque es muy usado niveles superiores al 90%.

⁶⁰ – es preciso recordar que la muestra con mejor desempeño está compuesta por Centros de Salud.

grupos tiene un comportamiento adecuado con la publicación de los horarios de atención⁶¹, hecho que se repite en todos los grupos.

Tabla N° 9: Aceptabilidad cultural de los establecimientos de salud CLAS mejor desempeño y No CLAS con mejor desempeño

Muestra	Reconocimiento correcto de horario de atención	Aceptación de horario de atención	Grado de satisfacción por atención recibida
CLAS con mejor desempeño	28%	73%	83%
No CLAS con mejor desempeño	28%	75%	85%

Fuente: Elaboración propia de las encuestas de percepciones. Ver anexo.

Accesibilidad

Los términos de accesibilidad varían cuando existe un mecanismo explícito de subsidio a la demanda, como el SIS. Como se determinó anteriormente, los ciudadanos pobres que no accedieron al SIS por múltiples razones se someten al financiamiento directo de las prestaciones solicitadas al establecimiento de salud del primer nivel. Sin embargo, hay un grupo de prestaciones que son brindadas por el sistema de salud para cumplir con la prevención de enfermedades o efectos de interés público, como las vacunaciones a los niños, los controles prenatales, los controles de crecimiento y desarrollo.

Accesibilidad económica

Los encuestados fueron usuarios del servicio en 58%, el resto estuvo conformado por los hijos, quienes no fueron encuestados por ser menores de edad. Se verificó cuál es el grado de pertenencia del usuario del servicio al SIS, sólo el 40% de los usuarios son afiliados al SIS. El 49% de los usuarios encuestados realizó algún pago por la atención recibida.

En los CLAS con mejor desempeño se halló menor proporción de afiliados al SIS que en los con peor desempeño, lo cual influye en los pagos que realizan los usuarios por los servicios de salud que demandan. Éstos son ligeramente mayores en los CLAS opuestos, quienes también recurren a cobros indebidos por programas nacionales que son regulados como gratuitos para la población, como son el Control de Niño Sano y los servicios de Planificación Familiar (caso del CS Luis Felipe de las Casas en Callao).

⁶¹ – de cada muestra sólo la mitad de ellos cumple con tener publicados los horarios de atención. Ver anexo “Data de Listas de Chequeo”.

Tabla N° 10: Accesibilidad económica en los CLAS con mejor desempeño y desempeño opuesto.

Muestra	Usuarios afiliados al SIS	Pagan por la atención	Pagos indebidos
Con mejor desempeño	25%	53%	0%
Con desempeño opuesto	33%	55%	13%

Fuente: Elaboración propia de las encuestas de percepciones. Ver anexo.

Entre los CLAS y No CLAS con mejor desempeño se halló que los No CLAS tiene mejores comportamientos en relación a las afiliaciones al SIS atendidos, y una proporción menor de pago por las atenciones de salud. Ninguno de las dos muestras realiza cobros indebidos a los pacientes por programas nacionales. Situación diferente se ve entre los CLAS opuestos con los No CLAS opuestos, ambos realizan cobros indebidos por programas nacionales, aunque existen mejores niveles de afiliación al SIS y menor porcentaje de pago por la atención en los No CLAS con relación a los CLAS.

Tabla N° 11: Accesibilidad económica en los CLAS y No CLAS con mejor desempeño.

Muestra	Usuarios afiliados al SIS	Pagan por la atención	Pagos indebidos
CLAS con mejor desempeño	25%	53%	0%
No CLAS con mejor desempeño	45%	43%	0%

Fuente: Elaboración propia de las encuestas de percepciones. Ver anexo.

Tabla N° 12: Accesibilidad económica en los CLAS y No CLAS con desempeño opuesto.

Muestra	Usuarios afiliados al SIS	Pagan por la atención	Pagos indebidos
CLAS con desempeño opuesto	33%	55%	13%
No CLAS con desempeño opuesto	58%	45%	15%

Fuente: Elaboración propia de las encuestas de percepciones. Ver anexo.

Esta situación se agrava cuando notamos que sólo los CLAS con mejor desempeño disponen de criterios de exoneración para la atención de pobres no comprendidos en los planes del SIS, los mismos que son aplicados para los pobres de otras zonas geográficas que no fueran las asignadas. Cabe resaltar, que estos instrumentos fueron elaborados por iniciativa del CLAS y que no son validados por otras instancias, además que, aunque no fue materia del estudio, se comprobó que el nivel de exoneraciones con relación a las atenciones realizadas en el período verificado no superan el 2% de las atenciones. Es decir, las exoneraciones son marginales, además no cumplen

⁶² – ver Anexo “Data de Listas de Chequeo”

con el censo de pobladores susceptibles de ser exonerados como lo dicta la norma 

Accesibilidad geográfica

Como parte de la estrategia de APS del primer nivel de atención se tiene la identificación de los centros poblados alejados del establecimiento de salud, a los cuales se les debe brindar atención periódica para asegurar la prestación mínima de servicios de prevención, promoción y recuperación de la salud. Estas atenciones pueden ser de dos tipos: (1) brindada por equipos itinerantes en campañas de salud, y (2) brindada por grupos específicos como visitas domiciliarias.

Todos los establecimientos de salud tienen correctamente identificados los centros poblados alejados, aunque en el PS Piscoyacu (CLAS con desempeño opuesto) no contaban con el mapa en el momento de la observación.

No se encontró un patrón uniforme para el cumplimiento de las visitas de equipos itinerantes y/o visitas domiciliarias a los centros poblados alejados en ninguna de las muestras, sólo cabe resaltar que el CS Samegua stina un equipo especializado y conformado por una enfermera y dos técnicos de enfermería que realizan la labor extramural diariamente y de forma organizada. El resto de establecimientos cumple el trabajo extramural de forma marginal (sólo vacunas y CRED), o no lo realizan porque no tienen centros alejados (CS JAE en Puno) o porque no tienen la capacidad organizativa para hacerlo (PS Piscoyacu, PS Dignidad Nacional). También el CS Calca reportó una campaña en el año estudiado a comunidades alejadas. Esta pobre implementación de un mecanismo de extensión de los servicios de APS a las zonas alejadas atenta contra el derecho de los más pobres a recibir atenciones de salud consideradas como prioritarias por el sistema de salud, lo cual coloca al ciudadano pobre de las zonas rurales en una mayor situación de exclusión en salud.

Accesibilidad cultural

La accesibilidad cultural está estrechamente relacionada con las prácticas de los establecimientos de salud en relación al tiempo de espera, a la identificación de las zonas del establecimiento de salud, y se hace más relevante para centros con varias unidades de atención, así como se hace relevante en el momento directo de la atención, cuando el proveedor respeta el idioma, el lenguaje y las diferencias del conocimiento por parte del usuario de la compleja terminología de la salud. Todos estos momentos o prácticas pueden ser reconocidos como prácticas que fomentan o limitan la accesibilidad cultural a los servicios de salud.

⁶³ – artículo 7°, inciso h) de la R.M # 176-2000 SA/DM

Paradójicamente los usuarios esperan mucho más en los CLAS opuestos, a pesar que son servicios de menor complejidad y resolutivez, que en los CLAS con mejor desempeño. Entre los mejores CLAS y No CLAS no existen diferencias significativas (ver tabla siguiente), pero sí existen diferencias entre los No CLAS opuestos con respecto a los CLAS opuestos, a favor de los No CLAS opuestos (menor espera). Esta realidad se puede deber a que los PS y CS opuestos tienen equipos de salud limitados, y prestan los mismos servicios básicos, que son siempre demandados en cantidades mayores, que los CS de mayor complejidad que tienen mayor número de personal dedicados a tareas específicas que relativamente agilizan la atención.

Tabla N° 13: Los tiempos de espera en los establecimientos de salud de la muestra.

Muestra	Menos de 30'	31 – 50 minutos	1-2horas	2 – 4 horas	Más de 4 horas
CLAS con mejor desempeño	28%	53%	13%	5%	3%
No CLAS con mejor desempeño	28%	49%	18%	5%	0%
CLAS con desempeño opuesto	18%	41%	21%	0%	21%
No CLAS con desempeño opuesto	10%	68%	23%	0%	0%

Fuente: Elaboración propia de las encuestas de percepciones. Ver anexo.

Sólo el CS Pampa Inalámbrica tiene publicado el croquis del establecimiento de salud, el cual está a la entrada del establecimiento. Ninguno de los restantes posee este instrumento.

Se evidencian diferencias significativas entre el porcentaje de los usuarios que respondieron positivamente a la pregunta de “si entendió lo que el profesional que le atendió explicó”. En los CLAS con mejor desempeño una mayor proporción de usuarios responde positivamente, en contraste de los CLAS con desempeño opuesto. Cabe destacar que en el grupo de establecimientos con el desempeño opuesto los CLAS también se comportan mejor para este atributo de accesibilidad cultural. Lo que indica que el derecho a la atención en relación a este criterio de accesibilidad cultural es de mejor comportamiento en los CLAS en general.

Tabla N° 14: Accesibilidad cultural. Usuarios que entienden “todo” o “más o menos” en los establecimientos de salud de la muestra.

Muestra	Entendió todo	Entendió más o menos
CLAS con mejor desempeño	50%	50%
CLAS con desempeño opuesto	38%	48%
No CLAS con mejor desempeño	40%	53%
No CLAS con desempeño opuesto	20%	58%

Fuente: Elaboración propia de las encuestas de percepciones. Ver anexo.

Disponibilidad

La APS para el nivel primario establece que la prioridad de la atención es el binomio madre-niño. Esto sumado a que el interés de todo servicio de salud es que éste sea usado por el mayor número de habitantes, y si éstos no llegan a usarlo por diversas razones el establecimiento se ocupa de brindar esta atención prioritaria. Bajo esa lógica con la cual funciona el nivel primario se incluyeron tres variables que miden el derecho a la atención bajo el atributo de disponibilidad, que en este caso es disponibilidad para la atención prioritaria de los grupos más vulnerables de la población.

Para la atención de las vacunaciones con Antisarampionosa – ASA entre los establecimientos de “mejor desempeño” no existieron diferencias significativas entre el CLAS y el No CLAS. Por otro lado, existe mejor desempeño por parte de los mejores CLAS que los opuestos. El PS Piscoyacu muestra coberturas muy por debajo de las estipuladas como aceptables, lo cual deja en mayor riesgo a la población vulnerable de niños de 1 año. Para el caso de los No CLAS comparados con los CLAS, ambos tienen mejor desempeño, en forma global (ver tabla).

Tabla N° 15: Derecho a la atención. Disponibilidad de Atención por Vacunas ASA en la muestra con mejor desempeño.

Grupo CLAS	Muestra	ASA en niños de 1 año
CLAS con mejor desempeño	CS Pampa Inalámbrica	97%
	CS Samegua	85%
No CLAS con mejor desempeño	CS Tabalosos	101%
	CS Calca	96%

Fuente: Elaboración propia de los Informes Operacionales de PAI. 2003

Tabla N° 16: Derecho a la atención. Disponibilidad de Atención por Vacunas ASA en la muestra con desempeño opuesto.

Grupo CLAS	Muestra	ASA en niños de 1 año
CLAS con desempeño opuesto	CS Luis Felipe de las Casas	99%
	PS Piscoyacu	47,4%
No CLAS con desempeño opuesto	CS José Antonio Encinas	66%
	CS Dignidad Nacional	131%

Fuente: Elaboración propia de los Informes Operacionales de PAI. 2003

Para el caso de CRED se repite el hallazgo; los CLAS con mejor desempeño tienen mejor nivel de coberturas que los No CLAS, lo cual les da ventajas competitivas a la hora de garantizar el derecho a la atención, bajo el atributo de disponibilidad en este criterio - CRED. En cuanto a los opuestos

existiría inconsistencia de la información de las fuentes pudiendo solo indicarse de manera relativa una mejor cobertura de los CLAS.

Tabla N° 17: Derecho a la atención. Disponibilidad de Atención por CRED < 1 año en la muestra con mejor desempeño.

Grupo CLAS	Muestra	CRED < 1 año
CLAS con desempeño opuesto	CS Luis Felipe de las Casas	196,4%
	PS Piscoyacu	ND
No CLAS con desempeño opuesto	CS José Antonio Encinas	69,7%
	CS Dignidad Nacional	96,3%

Fuente: Elaboración propia de los Informes Operacionales de PAI. 2003

ND- no disponible porque haberse extraviado el Informe Operacional 2003.

Tabla N° 18: Derecho a la atención. Disponibilidad de Atención por CRED < 1 año en la muestra con desempeño opuesto.

Grupo CLAS	Muestra	CRED < 1 año
CLAS con mejor desempeño	CS Pampa Inalámbrica	99,8%
	CS Samegua	83,2%
No CLAS con mejor desempeño	CS Tabalosos	ND
	CS Calca	62,4%

Fuente: Elaboración propia de los Informes Operacionales de PAI. 2003

Calidad

El atributo de calidad para el derecho a la atención quizá es el que tiene la mayor relevancia, puesto que el concepto de calidad encierra dimensiones muy variadas, que para el caso de salud se relacionan con el momento de la prestación del servicio, con la toma de decisiones gerenciales, con el uso de instrumentos que faciliten el acto médico, así como con el cumplimiento de objetivos previamente definidos.

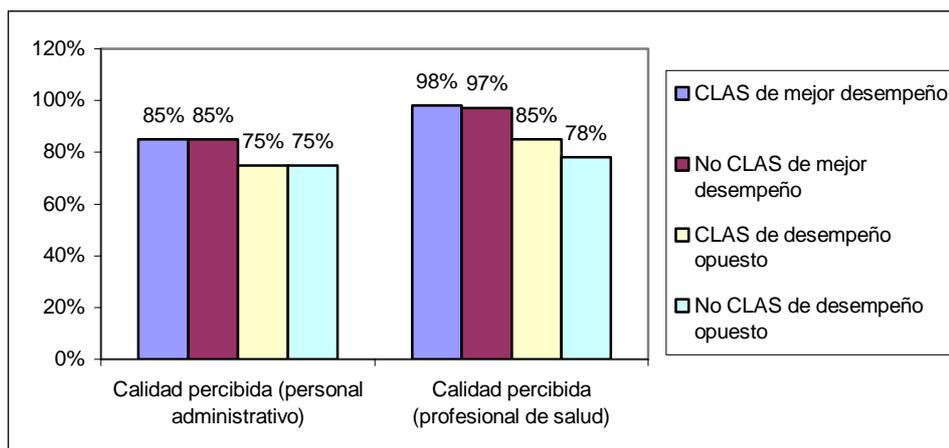
Existen varias corrientes y escuelas para abordar la calidad en salud. Una de ellas reza que la calidad en salud puede ser de dos tipos: (1) la calidad técnica, y (2) la calidad percibida. La calidad técnica para el caso de salud tiene que ver con el acto médico o el acto de la salud, y está determinada por todos aquellos momentos en los que se organizan los recursos para la producción de la salud y brindar una atención con seguridad al usuario. En esta dimensión de la calidad recae el uso de protocolos de atención, que representan instrumentos que facilitan las decisiones del personal de salud con relación a la atención de las más diversas patologías. La calidad técnica se relaciona en mayor grado con los instrumentos y productos explícitos.

La calidad percibida

La calidad percibida, está determinada por la atención de las necesidades y expectativas de los usuarios, y cómo éste valora lo que recibió en el proceso de la atención. Para este estudio se indagó por las percepciones que tienen los usuarios de la atención recibida por el personal administrativo (personal del primer contacto) y por el profesional de la salud. Además, se indagó sobre la calidad percibida de los tratamientos brindados por el establecimiento de salud.

No se encuentran diferencias significativas, para el caso de la calidad percibida de atención en relación al personal del primer contacto (caja, archivo, admisión, farmacia) y en relación a los profesionales de la salud, entre los CLAS con mejor desempeño y los No CLAS con mejor desempeño- ver gráfico N° 9. No se encuentran diferencias significativas para esta variable. Lo mismo sucede con la calidad percibida por la atención del profesional de salud en todos los grupos de análisis.

Gráfico N° 9: Calidad percibida por la atención de personal administrativo y profesional de la salud según las muestras.



Fuente: Elaboración propia

La calidad percibida por los tratamientos que brindan en los establecimientos de salud es considerada con “siempre acertados” en mayor proporción en los CLAS con mejor desempeño en contraste de los CLAS con el desempeño opuesto. Lo mismo sucede entre la muestra de mejores CLAS con los No CLAS, los primeros tienen mejor calidad percibida. Para el caso de los CLAS opuestos también se repite la tendencia⁶⁴.

La calidad técnica

Los mejores CLAS disponen de protocolos de atención para las diez patologías más frecuentes; en contraste con los mejores No CLAS donde sólo uno de

⁶⁴ - ver anexo “Data de Encuesta de Percepciones”

ellos (CS Tabalosos) posee protocolos. Los CLAS con desempeño opuesto no cumplen con tener el listado de las diez patologías más frecuentes, así como con la tenencia de protocolos de atención (sólo uno de ellos cumple) situación que se repite en los demás grupos de la muestra.

Los atributos de calidad, accesibilidad, disponibilidad, y aceptabilidad revisados para la dimensión del derecho a la atención están fuertemente determinados por la capacidad de los niveles administrativos del subsistema de salud MINSA para regular y modular la gestión de los servicios de salud con un enfoque pro-derechos a la salud que trascienda las escalas primarias de resultados de acceso netamente. Las restricciones y problemas que coexisten son típicos de los sistemas fragmentados de salud donde se tiene que el Ministerio de Salud está concentrado en asuntos de cobertura más que de calidad de los servicios y descuida la regulación de mecanismos básicos que mejoren la competitividad del nivel prestador, como se evidencia en este estudio de casos.

5.4. El derecho a la información en los estudios de casos

Si consideramos que el derecho a la información tiene sustento legal expresado en la Ley General de Salud, cuyo artículo 15°, incisos f) y g) establecen que “toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:

f) A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio;

g) A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren;

Se evidencia que las tarifas de atención no están publicadas en los CLAS con mejor desempeño. En el caso del CS Calca, control No CLAS de mejor desempeño, se encuentra que las tarifas están impresas en las boletas de venta que otorga el establecimiento de salud y que son reguladas por la Dirección de Salud. Lo mismo se repite en el PS Dignidad Nacional, control opuesto de No CLAS. Ambos casos se encuentran en el departamento de Cusco, lo cual indica que el factor positivo para la implementación de este mecanismo depende de la capacidad de modulación por parte de la DIRES.

En la muestra de desempeño opuesto, sólo el CS CLAS Luis Felipe de las Casas tiene publicado el tarifario en la caja. En el control de desempeño opuesto sólo el CS José Antonio Encinas cumple con la disposición de publicar las tarifas. Como se aprecia de la muestra CLAS sólo uno (25%) cumple con la publicación de las tarifas, mientras que en la muestra No CLAS, de control, dos

cumplieron (50%) con este mecanismo clave para el respeto del derecho a la información, consagrada por ley.

Tabla N° 19: Derecho a la Información. Publicación de tarifario en los establecimientos de salud.

Grupo CLAS	Muestra	Cumplimiento de publicación de tarifarios
CLAS con mejor desempeño	CS Pampa Inalámbrica	No
	CS Samegua	No
CLAS con desempeño opuesto	CS Luis Felipe de las Casas	Sí
	PS Piscoyacu	No
No CLAS con mejor desempeño	CS Tabalosos	No
	CS Calca	Sí
No CLAS con desempeño opuesto	CS José Antonio Encinas	Sí
	CS Dignidad Nacional	No

Fuente: Elaboración propia de la lista de chequeo.

Tabla N° 20: Derecho a la información. Publicación de flujogramas de atención en la muestra.

Grupo CLAS	Muestra	Publicación de flujogramas de atención	Publicación de flujogramas de atención de urgencias
CLAS con mejor desempeño	CS Pampa Inalámbrica	Sí	Sí
	CS Samegua	No	No
CLAS con desempeño opuesto	CS Luis Felipe de las Casas	No	No
	PS Piscoyacu	Sí	No
No CLAS con mejor desempeño	CS Tabalosos	Sí	Sí
	CS Calca	No	Sí
No CLAS con desempeño opuesto	CS José Antonio Encinas	No	No
	CS Dignidad Nacional	No	No

Fuente: Elaboración propia de la lista de chequeo.

En cuanto a la publicación de flujogramas, se evidencia que no existe un patrón uniforme entre los establecimientos estudiados para el cumplimiento de la publicación de los flujogramas de atención y de atención de urgencias. No hay diferencias significativas entre establecimientos CLAS y establecimientos No CLAS.

Al abordar el cumplimiento por parte del profesional de salud que atiende de brindar información básica sobre el diagnóstico, tratamiento y cuidados a tener en cuenta, se encontró que los CLAS con mejor desempeño cumplen mejor con la información al usuario en contraste con los CLAS de desempeño opuesto. Para el caso de la comparación entre los CLAS con los No CLAS de “mejor desempeño” no hay ninguna diferencia cuantitativa en el cumplimiento (ver anexo). Lo mismo se repite entre los CLAS y No CLAS opuestos (ver anexo).

Tabla N° 21: Derecho a la información. Cumplimiento de la información sobre la atención de la salud en los CLAS.

Muestra	Sí	No
CLAS con mejor desempeño	95%	5%
CLAS con desempeño opuesto	78%	22%

Fuente: Elaboración propia de las encuestas de percepciones. Ver anexo.

La información es un componente primordial a la hora de garantizar la exigibilidad de los derechos en salud. El respeto y el cumplimiento de este derecho no demandan inversiones mayores de recursos por vías formales, sino que depende del grado que tenga el usuario de retroalimentar a un tercer actor acerca de cómo ha recibido la información sobre su proceso de salud. La vigencia de este derecho es tan elemental y a la vez está muy relacionada con la aceptabilidad cultural del usuario por el servicio que recibe.

En general, se tendría un patrón heterogéneo de resultados en relación a los criterios evaluados, no evidencia de ventajas los establecimientos CLAS, ello independientemente del desempeño. Sin embargo, si se evidencia una potencial influencia de las DISAS (tarifas, flujogramas).

5.5. El derecho a la participación en los estudios de casos

El modelo de Administración Compartida se basó en el supuesto que la inclusión de la comunidad organizada en la cogestión de los servicios de salud del primer nivel iba a mejorar la calidad, eficiencia y eficacia de éstos. Si a esto sumamos el marco legal superior que estipula que *“toda persona tiene el derecho de participar individual o asociadamente en programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva”*⁶⁵ tenemos la combinación de una razón legal y otra de carácter estratégico a la hora de garantizar el involucramiento de la comunidad organizada y fomentar el derecho a la participación.

⁶⁵ – artículo 14° de la Ley General de Salud vigente.

La evidencia de este estudio demuestra que ninguno de los dos modelos de gestión es garantía para un involucramiento de la población a nivel individual o colectivo y que sea la máxima expresión del derecho que tenemos todos los peruanos a participar en la producción de la salud, ya sea cuando somos usuarios del sistema o cuando somos dirigentes comunitarios.

La participación colectiva o grupal

A pesar que los CLAS tienen regulación explícita que incentiva la interacción de la Asociación Civil con otras organizaciones sociales de base y autoridades locales, para todos los casos, de los mejores CLAS con los CLAS opuestos, de los mejores CLAS con los mejores No CLAS, de los opuestos CLAS con los respectivos controles, no se encontró que los CLAS hayan cumplido a cabalidad⁶⁶ con la rendición de cuentas a la comunidad organizada, evidencia que se refuerza con lo expresado en los grupos focales, quienes afirmaron en todas las muestras que *“sólo son convocados para las elecciones”*, y es complementado con el hecho de que *“no conocen cuántas veces deben ser convocados para la rendición de cuentas”*, lo que deja en claro la nula implementación del mecanismo regulado que extiende el derecho a la participación de forma colectiva. Hay que considerar que en el PSL se anota que las reuniones fueron realizadas en diversas proporciones, pero la verificación de las fuentes primarias no corroboró dicha aseveración estadística. Los No CLAS no manejan esta variable, pero sí manejan los Libros de Actas de reuniones con la comunidad organizada, los cuales fueron revisados para verificar el cumplimiento.

El no cumplimiento de la rendición de cuentas por los CLAS a la comunidad organizada se convierte en una oportunidad perdida en relación a los atributos de accesibilidad y disponibilidad para la cogestión de los servicios de salud y para el cumplimiento del supuesto de que la administración compartida puede mejorar la calidad y gestión de los servicios. Se encontró que los participantes de los grupos focales, tanto a nivel individual, como dirigentes que tienen algún tipo de poder para canalizar quejas o sugerencias de otros usuarios de la comunidad, o a nivel grupal, cuando hacen uso de la formalidad que les da el representar a una organización social de base, sólo hacen uso de esta formalidad para que el establecimiento de salud cumpla con las obligaciones que tiene con el ciudadano.

El estudio también encontró, en líneas generales, que la comunidad organizada sí tiene aceptación por parte del prestador de salud (tanto para los CLAS como para los No CLAS); cuando éstos hacen uso de su papel de dirigentes y canalizan sugerencias de los usuarios u otorgan sugerencias y/o quejas producto de sus iniciativas al establecimiento de salud. No existen diferencias significativas entre ninguno de los grupos comparativos de este estudio, y el patrón existente para la respuesta a la atención de estas

⁶⁶ – este ítem es considerado en la Evaluación de Desempeño anual del 2003, base de la selección de los CLAS para este estudio.

sugerencias es que el establecimiento sí cumple con las iniciativas aunque no son sostenidas en el tiempo⁶⁷.

Los entrevistados en los grupos focales califican entre “regular” y “mala” la participación de la comunidad organizada en la gestión del establecimiento de salud. Para este caso no se considera el beneficio primario obtenido por la inclusión formal, con soporte legal amparada en el Código Civil, de la comunidad organizada en una Asociación Civil, sino se tiene en cuenta el beneficio del impacto que se esperaba del modelo al actuar el CLAS como gestor de recursos públicos, de mediador entre la población usuaria y el Estado para vigilar y controlar el quehacer de los establecimientos de salud. Esta vigilancia y control se efectivizan en las relaciones de intercambio, que están estipuladas por ley, con la comunidad organizada.

Sin embargo, se encuentra que las percepciones de mejor nivel de participación se dan en el CS Samegua (CLAS) y el CS Calca (No CLAS). En el caso de Samegua, el nivel es considerado como bueno por haber interactuado con las organizaciones sociales de base para la consecución de fondos para la infraestructura del establecimiento de salud por parte del presupuesto participativo. Esta experiencia se repite en el PS Piscoyacu (CLAS con desempeño opuesto), pero aún es considerado por la comunidad como un nivel malo de participación en la gestión. Cabe destacar que los entrevistados reconocen que esta escasa participación no sólo depende del establecimiento de salud sino de ellos mismos como dirigentes al no haber conseguido la suficiente cohesión social para participar activamente en el establecimiento de salud. En el caso del CS Luis Felipe de las Casas, las percepciones sobre los factores de la “regular o mala participación” apuntan al rol que juegan las Direcciones de Salud cuando afirman que “no se ve la presencia de la DISA a la hora de solucionar problemas de la posta”. En el CS Pampa Inalámbrica (CLAS con mejor desempeño) el nivel de participación es considerada “mala y regular” por razones tanto de la oferta como de la demanda.

A su vez, las percepciones de peor nivel de participación se dan en el PS Dignidad Nacional y en el CS José Antonio Encinas (ambos No CLAS con desempeño opuesto) donde las percepciones de los entrevistados la califican unánimemente de nula,

De estas anotaciones podemos notar que el modelo de gestión de Administración Compartida, a pesar que no cumple con los mecanismos explícitos de rendición de cuentas a cabalidad, sí es reconocido como poseedor de mejores niveles de participación tanto en los de mejor desempeño como en los opuestos. También se nota similar comportamiento en los No CLAS de mejor desempeño, más no así en los No CLAS de desempeño opuesto. A esto hay que agregar que la comunidad está dispuesta a ser partícipe de espacios concretos de participación, como reuniones de información y de rendición de cuentas que deberían ser realizadas trimestralmente. Sólo en el CS Calca (No CLAS) con niveles regulares de participación los participantes opinaron que las reuniones son “de información,

⁶⁷ – ver anexo resumen de los hallazgos de Grupos Focales

de coordinación, de concertación porque se ponen de acuerdo para realizar campañas”.

La participación individual

Las prácticas gerenciales modernas reconocen el derecho de los usuarios a expresar sugerencias o quejas por el servicio o producto recibidos. La pertenencia del mecanismo de quejas y sugerencias al mundo de las prácticas gerenciales, que reconocen al usuario como un sujeto capaz de exigir un servicio o producto de calidad, tiene una mayor connotación ética si se considera que el productor recibe una transacción monetaria por ello (ya sea por el usuario o por un tercero). Las teorías gerenciales cada vez demuestran la necesidad de orientar las instituciones hacia el usuario, base del paradigma de la calidad en la prestación de los servicios de salud.

El derecho a la participación individual que tiene todo ciudadano peruano⁶⁸, está amparado por el artículo 12° de la Ley General de salud al establecer la participación individual en programas de mejoramiento de la salud individual o colectiva. Si bien no existen mayores normas que regulen la implementación de mecanismos e instrumentos que promuevan y garanticen el derecho a la participación individual es ampliamente aceptado que las quejas y sugerencias dadas a través de un buzón son el mecanismo más simple y sencillo de implementar.

Los establecimientos de salud, CLAS y No CLAS no tienen un parámetro uniforme para la implementación de los buzones de quejas o sugerencias. En cada grupo (mejores - opuestos CLAS, y mejores - opuestos No CLAS) se encontró que en general sólo la mitad de ellos cuenta con el buzón de quejas y sugerencias. No hay mejor comportamiento por parte de ninguno de los grupos. A esto, sumamos que ningún establecimiento de salud cuenta con formatos para las quejas y menos con lápiz disponible para hacerlo.

Por el lado de la demanda, sólo el 12% de los entrevistados alguna vez quiso dar sugerencias o quejas sobre la atención recibida. De éstos sólo el 58% hicieron la queja o sugerencia, y el 50% opina que su queja fue atendida con poco interés y el 28% manifestó que fue rechazada. Ante la realidad de la poca disponibilidad de buzones para fomentar el derecho a la participación individual, y el casi nulo reconocimiento por parte de la demanda de la existencia de ese mecanismo se evidencia que el derecho a la participación individual es muy susceptible de ser vulnerado a la hora de que el usuario necesita exigir un servicio acorde con sus necesidades y expectativas.

Sólo los CLAS con mejor desempeño muestran discretos resultados positivos ante la atención de las quejas, al mostrar que fueron reconocidas (aunque marginalmente) como los que más atendían quejas con mucho interés.

⁶⁸ – artículo 14° de la Ley General de Salud.

Los entrevistados en los grupos focales tampoco reconocen con claridad a la queja o la sugerencia como un mecanismo para ejercer los derechos individuales en salud. Las percepciones son muy diversas cuando se abordó la pregunta de cómo se podían ejercer los derechos en salud individualmente. En los mejores CLAS reconocieron que las quejas no deben ser *“a la misma posta, porque no soluciona nada”*, sino *“ante el CLAS y/o la Dirección de Salud”*, también hubo la opinión que las quejas deben hacerse a otra entidad diferente del sistema de salud como la Defensoría del Pueblo, *“porque las quejas ante ellos mismos no es garantía de solución”*. En el CS Samegua se vertieron opiniones que la queja por la atención recibida *“puede causar represalias en la atención cuando usamos el servicio”*.

En los establecimientos No CLAS con mejor desempeño, CS Calca, opinaron que se deben poner *“sanciones e indemnizaciones al personal de salud que atenta contra la salud y la vida (reparación civil), y que se debe “promover la difusión de los derechos de los usuarios, para poder hacer uso de los derechos”*.

En líneas generales los entrevistados en los grupos focales no conocen los procedimientos, ni reconocen las instancias dónde quejarse, sumado al hecho de que tampoco confían en las actuales instancias. Desconfían de que las quejas sean atendidas, sin encontrar ventajas comparativas en ninguno de los dos modelos de gestión (CLAS y No CLAS).

Las sugerencias de los entrevistados para mejorar la atención de las quejas o sugerencias por parte del establecimiento de salud fueron muy ricas y variadas, y van desde acciones que dependen del mismo establecimiento de salud, como del nivel administrador y otras instancias ajenas al sistema de salud. Las sugerencias se pueden ordenar según la naturaleza de la implementación:

Sugerencias para la oferta

- *Seguir insistiendo en el buzón de quejas y sugerencias para los letrados y a través de los promotores para los analfabetos*
- *Acción conjunta para difusión masiva de los derechos en salud para sensibilizar a los usuarios.*
- *Que el personal escuche las quejas y pongan en práctica las sugerencias.*
- *Que el líder del personal sepa tomar decisiones.*
- *Que los técnicos sean capacitados en atención al paciente.*
- *Capacitar al personal en atención al paciente, para que den un mejor trato.*
- *Exigirle a la directiva del CLAS que cumpla con la atención de las quejas por la atención.*
- *Establecer diálogos con el personal para dar sugerencias a mejorar y dejarles conocer que ya conocemos los derechos.*
- *Diseñar una Guía de Procedimientos para el usuario para el uso de las quejas y sugerencias (a dónde acudir, qué hacer)*
- *Que el Ministerio tenga encargados especiales para atender las quejas de los pacientes.*
- *Que el CLAS mejore la comunicación con la comunidad organizada para poder atender las demandas de la población.*
- *Que el CLAS implemente una oficina de atención al paciente para que escuche propuestas por la atención recibida.*

- *Más comunicación e información, sobre CLAS y sobre los derechos en salud*
- *Dar mejores condiciones de trabajo al personal.*
- *Capacitar al personal de salud de cómo atender las quejas y sugerencias.*
- *Controlar la actitud del personal hacia el paciente. Debe estar a cargo del jefe del establecimiento.*

Sugerencias para la demanda

- *Agruparnos y poder participar. Cada barrio debe dar soluciones.*
- *Lo principal es unirnos, que aumente el personal no es suficiente sino debemos apoyar a ampliar la posta.*
- *Hacer gestiones en otras instancias.*
- *Capacitar a los promotores de salud continuamente.*
- *Ampliar las campañas de difusión a las comunidades más lejanas.*
- *Tener a un responsable en la comunidad que vele por la atención de las quejas y sugerencias de los pacientes.*
- *Mejorar la participación de cada uno de nosotros. Depende de nosotros, que podamos influir en el cambio de la Posta.*
- *Conocer más los derechos de los pacientes para poder exigir mejoras en la atención por medio de las quejas o sugerencias.*
- *Realizar capacitaciones a los dirigentes sobre cómo funciona el CLAS para poder defender las quejas de los pacientes*
- *Sensibilizar a la comunidad de cuáles son los derechos y deberes en salud para poder respetarlos y exigirlos.*
- *Tener una entidad a dónde acudir*

Sugerencias para otras instancias

- *Quejarse ante otra entidad que vigile el buen comportamiento del personal de salud.*
- *Teniendo un lugar exacto dónde acudir para reclamar y exigir respeto en la atención.*
- *El buzón de quejas debe ser manejado por otra organización.*
- *Más control de la labor del CLAS.*

De otra parte en los CLAS se polarizaron las percepciones acerca de si la participación en la gestión del establecimiento de salud tiene efectos prácticos en mejorar la atención al público. Tanto en los de mejor desempeño como en los opuestos hubo dos tipos de percepciones: (1) percepciones positivas con relación a las mejoras en la infraestructura de los establecimientos de salud, y (2) percepciones negativas y unánimes en relación a la calidad de atención al usuario⁶⁹.

La evidencia presentada acerca de cómo se fomentan, respetan y sostienen el derecho a la participación de forma individual o colectiva en este estudio de casos, es que en ninguno de los dos grupos existen diferencias comparativas significativas de la vigencia de este derecho. Ya sea por factores de la oferta que no fomentan sostenidamente los instrumentos, los mecanismos diseñados por ley o por la lógica institucional, o bien por factores de la demanda, que no se ocupa de los asuntos de salud por falta de interés, por falta de tiempo, por el desconocimiento de los supuestos del derecho a la

⁶⁹ - ver anexo “Data de Grupos Focales”

participación; lo que deja un estado de total vulnerabilidad del respeto y la vigencia del derecho a la participación tanto a nivel individual como colectivo.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

La situación de los derechos en salud en los establecimientos del primer nivel de atención plantea la necesidad de ajustes estructurales en la organización y la gestión de la salud. Esto exige una clara visión de la situación y de los pasos a seguir para formular estrategias que respondan realmente a la política nacional de *democratización de la salud*.

Sigue siendo un reto para el sistema de salud, específicamente para el MINSA la adecuada, oportuna y completa implementación de mecanismos mínimos que garanticen una atención con un enfoque claro y contundente pro-derechos en salud, que va más allá del eterno problema de escasez de recursos financieros propios de una sociedad financieramente pobre como la peruana.

La demanda por servicios de salud es afectada por factores que obedecen a las capacidades institucionales del nivel administrador y prestador para articular esfuerzos que mantengan vigentes la implementación y el sostenimiento de mecanismos e instrumentos elementales del derecho a la salud.

No es concebible el sostenimiento de un modelo de gestión bajo supuestos altruistas de calidad y eficiencia, sin haber insistido en la implementación y sostenimiento de estrategias básicas que efectivicen el derecho a la salud en todos sus componentes.

El reto de todo sistema fragmentado como el peruano, es la articulación interadministrativa de sus partes que se hace más evidente y necesaria entre los entes administrativos que gestionan el SIS y los entes que administran los CLAS.

El estudio abordó cuarenta y nueve variables para medir tres dimensiones expresadas en cuatro atributos del derecho a la

salud: accesibilidad, aceptabilidad, disponibilidad y calidad. Los CLAS, como modelo de gestión, sólo demuestran ventajas comparativas con respecto a los No CLAS en la dimensión de la calidad percibida. Los usuarios de los CLAS (mejores como opuestos) tienen mejores percepciones sobre la calidad de atención recibida tanto por el personal administrativo de primer contacto, como por el profesional de salud.

Por el contrario, los No CLAS sólo demuestran ventajas comparativas sobre los CLAS en los términos de accesibilidad, específicamente, de accesibilidad económica. Los usuarios de los No CLAS pagan menos por las atenciones en salud, hecho que está relacionado con la ventaja comparativa que tienen los mismos en identificar los pobres entre la población asignada, así como, en lograr mejores niveles de afiliación de los grupos prioritarios para los planes de atención del Seguro Integral de Salud -SIS.

Para el resto de variables que midieron las otras dimensiones y atributos de los derechos en salud no se encontraron patrones que reflejen otros tipos de ventajas comparativas asociadas al modelo de gestión.

En el caso específico de este estudio nos demuestra que los supuestos del modelo CLAS no se han cumplido y esto se agrava si se realiza un análisis pro-derechos en salud. Los CLAS tienen riesgos inminentes y constantes ante una política operativa desde el nivel nacional de recortes continuos presupuestales, de escasez de estrategias operativas que incentiven a los prestadores a cumplir con los supuestos básicos del modelo en forma continua y organizada.

Abundan los casos de vulneración y falta de respeto al derecho a la atención con las restricciones que impone el nivel operativo para el acceso al aseguramiento público, eje central del derecho a la salud en el modelo de financiamiento para los pobres en el Perú. Una desviación de semejante índole debe tener respuestas enérgicas, eficaces desde el nivel administrador nacional y regional, los cuales deben apostar por la calidad de la gestión como un valor más que moral, sino como una obligación ética y social ante un país que padece de pobreza crónica y no puede permitirse el lujo de dispendiar los escasos recursos que destina a la salud.

Factores como los retrasos en el reembolso incentivan negativamente a los prestadores a generar mecanismos perversos en la atención diaria de la salud, y quienes pagan por ellos son los usuarios pobres del país. Esto sumado a la inexistencia de órganos estatales que velen por la vigencia y el derecho a la salud de manera organizada e institucionalmente correcta, agrava la situación de la prestación de salud en el Perú con un enfoque pro-pobres y pro-derechos en salud.

A pesar que no se han hallado evidencias de otras experiencias en relación a los ajustes estructurales y a los procesos de la producción de la salud que eviten mayores gastos ineficientes en salud. La experiencia peruana de la Administración Compartida ha buscado muy probablemente que la inclusión de la comunidad organizada iba a evitar mejor las fallas en la

producción de salud, pero, en la práctica con tan poca capacidad para regular y modular es imposible el sostenimiento de los supuestos originales sin la generación de estudios o ajustes a las políticas sectoriales o a las políticas institucionales en cada uno de los niveles de la gestión de salud en el Perú para que se produzcan los resultados esperados en el marco del respeto al derecho a la atención, información y participación que dictan los acuerdos sociales y que amparan las reglamentaciones internacionales, regionales y nacionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Avia R.; Abel-Smith, B.; Tamburi G.i, 1990. *Health Insurance in Developing countries. The social security approach*. International Labour Office. Geneva, pp. 85-91.
2. Corbetta P., 2003. *Metodología y técnicas de investigación social*. Mc Graw Hill. Madrid.
3. D.S. N° 003-2002-SA. *Disposiciones referidas a las prestaciones ofrecidas por el Seguro Integral de Salud*.
4. D.S. N° 01-94 SA/DM.
5. De Currea, V., et al., 2000. *La salud está grave, una visión desde los derechos humanos*. PROVEA. Bogotá.
6. Dieterlen, P. 2003. *La pobreza: un estudio filosófico*. Fondo de Cultura Económica. México.
7. Gobierno del Perú, 2002. Acuerdo Nacional. Lima.
8. Grodos D; Mercenier P., 2000. *Health systems research: for more effective action*. ITGPRESS. Belgium.
9. Guzmán, A.; Frisancho, A., 2001. *Atención en el primer nivel*. En: Políticas de Salud 2002-2006. Consorcio de Investigación Económica y Social, CIES, p. 204-229.
10. Hernández S. R., et al., 1998. *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill. México.
11. Labovitz S. Hagedorn R., 1971. *Introduction to social research*. Mc Graw Hill. London.
12. Levcovitz, E.; Acuña, C., 2003. *Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud*. En: *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. v. 2, n° 5. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá.
13. Ley N° 26842. Ley General de Salud. 1997.
14. Ministerio de Salud del Perú, 1996. *Los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Organización y modelo de gestión. El Programa de Salud Local*. Perú.
15. OMS. 2002. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*. Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos. Washington.

16. ONU, 2003. *El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe provisional del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos, Sr. Paul Hunt.* Washington.
17. PAAG., 2003. Ranking del desempeño de los ACLAS, año 2003. Lima.
18. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
19. R.M. # 176-2000 SA/DM
20. R.M. N° 1090-2002. SA/DM
21. R.M. N° 602-2002-SA/DM.
22. Sobrevilla, A, et al., 2002. *Herramientas y pautas de implementación para los nuevos mecanismos de pago ambulatorio en el sector salud del Perú.* PHR-plus.
23. Stake, R. E., 1998. Investigación con estudio de casos. Ediciones Morata. Madrid.
24. Tejada P., D. 2003. *Marco general y elementos básicos para la acción Defensorial en el ejercicio del Derecho a la salud.* Informe final de Consultoría. Defensoría del Pueblo del Perú. Lima.
25. Yin R.K., 1994. *Case study research in health: an introduction.* London.

**SEGUNDA SECCION – DOCUMENTO
TECNICO DE PROPUESTAS DE
RECOMENDACIONES PROSPECTIVAS DE
POLITICA Y EJECUTIVAS**

Introducción

El modelo de gestión de Administración Compartida de los servicios de salud ha cumplido parcialmente con los supuestos que sustentaron su origen. Como todo sistema abierto, la perfectibilidad de los elementos de “*inputs*” no asegura la perfectibilidad de los elementos de “*outputs*”. Esta acepción es más entendible aún si se reconoce que el proceso de transformación es determinante en la consecución de los resultados esperados del sistema y que de éstos depende en gran medida el desarrollo de los supuestos. Por tal razón, muchas de las acciones de “*input*” que se han desarrollado en el modelo para mejorar alguna condición han producido efectos indeseables, como en este estudio de casos, en el enfoque pro-derechos y pro-pobres de la producción de salud.

El modelo es complejo. Por lo tanto, las alternativas de mejoramiento serán complejas. Complejo porque involucra a actores nuevos en la gestión estatal de salud, bajo una lógica social y ética, y perpetúa la producción de la salud bajo una lógica de mercado. El equilibrio de las acciones de salud bajo estas dos lógicas ha sido y será aún un reto que demandará mayor entendimiento de la responsabilidad social y pública que tienen las instituciones involucradas para garantizar la provisión de la salud a los más pobres, sin criterios predominantes de mercado, que se convierten en los factores críticos a la hora de garantizar los derechos en salud, como se evidenció en el atributo de accesibilidad económica de este estudio de casos.

El modelo es aún más complejo si se valoriza el hecho que aún en el Ministerio de Salud la conducción del modelo es un asunto que mucho depende del grado de articulación interadministrativa, puesto que la gestión está centrada a un

equipo mínimo de recursos humanos, situación que se repite en los niveles administrativos regionales, y, que, indudablemente generan fallas en la capacidad de regulación, modulación y control para propender la consecución de los objetivos de los supuestos del modelo que sustentaron su origen.

En los diez años de vigencia, el desarrollo del modelo de gestión ha sufrido múltiples embates, desde recortes presupuestales desde el sistema financiero estatal; intentos fallidos para liquidar la vigencia del modelo; anulación del equipo técnico en el Nivel Central del MINSA; disminución de productos de la regulación; así como, políticas antagonistas para el manejo de los recursos en el nivel local, que han generado prácticas operativas y de gestión en el nivel local que atentan contra los derechos en salud. La vigencia de los derechos en salud tiene carácter universal, pero en una sociedad con altos niveles de pobreza, éstos se someten a criterios técnicos para optimizar la realidad de restricciones financieras que existen y garantizar un mínimo a aquella población más vulnerable ante la pobreza y evitar la exclusión en salud.

Siendo el Perú un país netamente pobre¹, el sistema de salud se enfrenta cada vez a mayores retos en la reestructuración, o quizá en la transformación de aspectos estructurales, que aseguren una producción de salud más acorde con las necesidades reales de la población, lo cual se agrava al tener en cuenta que la población es predominantemente pobre.

El sistema de salud peruano es reconocido por diversos autores como un sistema fragmentado. Independientemente de si el Estado tenga en agenda la realización de ajustes estructurales al sistema de salud que aseguren una reforma que migre de esta tipología a una diferente que sea capaz de sustentar una mayor seguridad en el acceso a los servicios de salud, condición primaria a la hora de garantizar los derechos en salud; es urgente realizar una serie de ajustes en el sistema de atención del subsector público adscrito al MINSA para garantizar una producción de salud con un enfoque pro-pobres y pro-derechos en salud.

Las recomendaciones que se emiten en este documento abordarán desde un enfoque sistémico la producción de la salud en los establecimientos ACLAS bajo un enfoque pro-derechos en salud y pro-pobres.

El ejercicio de recomendaciones prospectivas de políticas y ejecutivas se basa en la firme convicción de que existe la posibilidad de continuar construyendo el modelo propuesto en el marco legal vigente y concentrarse en dar acceso a la salud a los pobres del país, respetando y promoviendo todos sus componentes, derecho a la atención, a la información y a la participación, para cumplir con el mandato constitucional y con la responsabilidad ética que tienen los funcionarios públicos en una sociedad minada por la pobreza, la exclusión y la injusticia social.

¹ – para esto se considera que el 60% de la población peruana vive en condiciones de pobreza. Esta población es predominantemente la usuaria regular de los servicios de salud de atención primaria en el país.

Este documento busca contribuir a la solución de los problemas que se han generado en la dimensión de la garantía de los derechos en salud en los establecimientos de atención primaria administrados por una ACLAS, reconociendo que toda situación es cambiante, se busca lograr el reconocimiento de los problemas como tales y que se aborden con diversas categorías de soluciones, que van desde ajustes mínimos que respeten la normatividad vigente, así como soluciones innovadoras que generen nuevos escenarios y fortalezcan la gobernabilidad en el sistema de atención de salud.

CAPITULO VII: MARCO REFERENCIAL

Las interrelaciones que se producen entre los diversos agentes de un sistema de salud deben responder a los grandes objetivos, que para el caso de la atención bajo la Administración Compartida, se tratan de equidad, eficiencia y calidad en la gestión del primer nivel de atención.

En esta lógica de producción de salud se establece una idea concreta: ampliar las relaciones entre las instituciones que juegan el rol de agentes del régimen y a la vez propiciar la rendición de cuentas entre todos los agentes del modelo. Aunque aún ésta no está tácita, sí se puede considerar que existen elementos conceptuales básicos para promover la rendición de cuentas entre los diversos actores.

La rendición de cuentas toma mayor importancia al considerar que la Administración Compartida es un asunto público, puesto que se trata de la gestión de los establecimientos del sector estatal. Además, se trata del manejo de la salud en sus aspectos gerenciales, y se trata, también, de los derechos en salud, asunto estatal que comprende más que un valor moral social, sino que compromete los recursos estatales para la consecución de un bien público.

Entre los hallazgos del estudio se encontró que la accesibilidad económica de los pobladores pobres que habitan en las jurisdicciones de los establecimientos de salud administrados por una ACLAS es inferior a los No CLAS, lo cual pone en evidencia que en los CLAS se vulnera el derecho a la atención mediante dos vías: (1) al poner barreras a la afiliación

de los pobres, y (2) al condicionar la atención de los pobres a pagos previos, que, en algunos casos, se realizan incluso para atenciones consideradas gratuitas por el MINSA.

De lo expuesto salta a la vista que el elemento más crítico es garantizar el acceso a la salud a los pobladores que tengan las condiciones de mayor pobreza.

Otro elemento crítico es mantener el mejor desempeño del modelo de Administración Compartida, con las actuales restricciones de financiamiento, para lo cual se hace más imperativo el diseño organizacional de cada una de las agencias de administración (tanto en el nivel nacional como en el regional) y quizá un reordenamiento de los supuestos y estrategias del modelo que garanticen buenas prácticas institucionales con un claro y sostenido enfoque pro-derechos en salud, lo cual migra la agenda de las instituciones hacia resultados de mejor impacto en el sistema.

Ante todo esto, el reto del modelo es alcanzar la cobertura del 100% de la población pobre, para lo cual se requiere hacer buen uso de los recursos y de los mecanismos actuales disponibles, lo que supone que la propuesta de recomendaciones prospectivas de este documento están más centradas en ajustes de los elementos actuales disponibles, sin olvidar nuevos escenarios que demanden la generación de nuevas escalas de recursos.

Debemos reconocer que los establecimientos CLAS responden mayormente a una lógica de “vendedor de servicios de salud”, compatible con una lógica de mercado, que cumple con el raciocinio de garantía al mejor postor y mejor pagador. Ante ese raciocinio en la producción de salud, tenemos unos usuarios, que a la par que tienen derechos sociales, expresados en el derecho a la salud, tienen, en su rol de consumidor, derechos a reclamar mejores condiciones en la prestación de los servicios, con mejor calidad, mejor información y mejores mecanismos para participar como individuo y como colectivo.

También, debemos reconocer que las políticas públicas deben sostener o facilitar claramente la consecución de los objetivos del modelo, y del sistema de salud, que están expresadas en diversos compromisos estatales, tanto a nivel nacional, regional como internacional.

Las políticas públicas deben generar y a la vez, estar amparadas, por normas o reglas de juego claras que se conviertan en incentivos legales e induzcan a los agentes a comportarse idóneamente a la hora de la gerencia de los servicios de salud.

Por lo tanto, todos estos elementos que participan en la producción de salud - mercado, usuarios, políticas y normas - deben ser acordes y complementarios para fortalecer las instituciones que participan en la producción de salud, que para el caso de las ACLAS se trata de instituciones intrasectoriales, como extrasectoriales. Aunque no es tácita la inclusión de otras instituciones extrasectoriales, aún así, se propende por su inclusión

formal y por la vigencia de las responsabilidades sociales, éticas y políticas que esta medida genera.

7.1. Consideraciones para el mercado de servicios de salud

A pesar, que aún existen corrientes que niegan el vínculo real que tiene la producción de la salud bajo los conceptos, elementos y prácticas del mercado, esta realidad se hace más evidente en sociedades que destinan pocos recursos financieros a la salud; la salud es un objeto de intercambios en un mercado². Esa es la lógica que predomina en la actualidad en los servicios de salud del subsector público adscrito al MINSA, producir fondos y recursos financieros para superar las carencias que el sistema no ha sido capaz de cubrir.

Indudablemente, se generan contradicciones de toda índole en la aceptación de la realidad: la salud en el Perú se produce bajo una lógica de mercado, y por lo tanto, el mercado hay que regularlo, cuando es imperfecto para evitar las fallas que se generan en la interacción entre los diversos agentes, quienes por naturaleza humana, persiguen la legitimación de sus propios intereses. Dice Caen-Gerard, que *“por un lado, la salud está regida por principios constitucionales e internacionales que penetran todo el tejido jurídico”,* y *“por otro lado, la salud es objeto de una serie de contratos a título oneroso de puro derecho privado entre el enfermo y el establecimiento sanitario”*³. Las relaciones que se dan en el servicio, usuario-médico-establecimiento de salud, están caracterizadas por intercambios sutiles que la mayoría de las veces no son percibidas por el usuario común, sobretodo, si se centra el análisis en la dimensión de los derechos en salud, como derechos sociales. Lo que predomina en las percepciones del usuario, es en la dimensión que nace como consumidor que ha pagado algo por el servicio, y aún así no tiene opciones mayores si se trata de un mercado monopólico.

7.2. Condicionantes de los usuarios

La inclusión del aseguramiento público, mediante el SIS, al sistema de salud adscrito al MINSA en el Perú, ha generado retos a los usuarios quienes en la actualidad deben reconocer al detalle elementos de la prestación de salud condicionadas por las consideraciones del seguro. Estos elementos propician serias fallas en las relaciones entre el usuario y el prestador debido a la marcada asimetría de la información que existe entre los dos actores. Pero aún así, existe un nivel de información que debe ser proporcionada a los usuarios sin distinciones de ningún tipo, como la información sobre las condiciones financieras del servicio, sobre el proceso de enfermedad y salud, así como,

² – término usado por Lyon-Caen Gerard, Universidad de París Pathéon. Tomado de Ponencia “La salud en el sistema jurídico”, pp. 219-228.

³ – *ibid*, p. 219.

información sobre cómo ser atendido en caso se produzca un efecto indeseable en el proceso de atención.

7.3. Revisión de las políticas

Las políticas nacionales de salud consideran a la participación comunitaria como un elemento clave en el desarrollo del sistema de salud. Sin embargo, las políticas operativas de los diversos agentes del modelo de Administración Compartida no están siendo desarrolladas según los preceptos superiores del modelo, ni de las normas que rigen el accionar de todo el aparato administrativo que gestiona el programa. Quizá las políticas operativas de los niveles administrativos del sector responden a criterios más políticos que técnicos.

No se puede mantener un esquema que en su diseño traslada competencias a la comunidad organizada y en la práctica obstaculiza las competencias por criterios predominantemente políticos. Por eso las políticas operativas deben ser ajustadas y revisadas en el esquema de rendición de cuentas ante un ente superior, o un agente que juegue el rol de principal entre las relaciones que se dan en el sector.

7.4. Ajustes y actualización de normas

La emisión de normas, reconocida como una función ejecutiva del Estado, es una tarea continua que debe garantizar buenas relaciones entre los agentes. En este caso, el Estado está representado por sus órganos de gobierno, que a su vez cuenta con la Administración Pública, para que cumpla este rol.

Las relaciones entre el Gobierno y la Administración son, por un lado de distinción, puesto que el primero es un órgano político y el segundo una organización técnica; por otro lado, las relaciones son de subordinación. La eficacia de la emisión y ejecución de normas depende del equilibrio entre estas relaciones⁴. Estas relaciones deben ser profesionalizadas y no politizadas

La regulación en salud se hace más necesaria cuando se tienen escasos recursos y cuando no se cumplen los supuestos estratégicos que dan origen a algún mecanismo en la búsqueda del cumplimiento de los objetivos macro del modelo, como en el caso de la Administración Compartida.

La capacidad de regulación de las instituciones es un factor clave para garantizar la manera cómo deben operar las organizaciones y los individuos que laboran en ellas. No siempre las normas garantizan eficiencia y eficacia en

⁴ – tomado de Díaz, E. 1996. *Filosofía política: teoría del Estado*. Editorial Trotta. Valladolid; p. 63.

la asignación de recursos, sino que pueden producir efectos contrarios en otras dimensiones de la producción.

7.5. Fortalecimiento institucional

La realidad es cambiante y dinámica. Igual son las instituciones, las cuales deben someterse constantemente a procesos de fortalecimiento y desarrollo de capacidades en todos los recursos que participan en la producción para garantizar mejores y más efectos de su objeto social.

El entorno cambia, así como cambian las fuerzas sociales. El estado de permanentes cambios debe exigir a las instituciones administradoras del régimen a cambiar y adaptarse a las exigencias y efectos que se producen en la dinámica social. Por eso, la necesidad de impulsar procesos de fortalecimiento institucional documentados y organizados bajo un horizonte común y bajo principios de transparencia, rendición de cuentas, equidad, inclusión y justicia social.

CAPITULO VIII: METODOLOGÍA

Las recomendaciones emanadas en este documento técnico buscan integrar el escenario actual con un escenario futuro probable que requiere de ajustes a las políticas operativas del órgano rector, y, además, requiere del involucramiento de un tercer actor en la compleja tarea de vigilar y controlar el quehacer de los diversos agentes que participan en la producción de salud en el nivel primario.

Este documento busca contribuir a solucionar los problemas que se han generado en el modelo en la dimensión de la garantía de los derechos en salud en los establecimientos de atención primaria administrados por una ACLAS, reconociendo que toda situación es cambiante, se busca lograr el reconocimiento de los problemas como tales y que se aborden con diversas categorías de soluciones.

Para tal caso, es necesario partir de un eje central producto del estudio de casos, como la identificación de un problema. Se reconoce que un problema es la variación entre una situación deseada con la situación encontrada. Por eso, este listado de recomendaciones se basará en la identificación de un problema central y la respectiva conexión con factores críticos en una dimensión macro que condicionan y determinan la perpetuidad hasta el momento del problema.

El desarrollo de este documento tiene tres momentos:

- Identificación del problema central.
- Identificación de los factores macro del problema.
- Elaboración de las recomendaciones.

8.1. Identificación del problema

En el estudio de casos se ha evidenciado que la población pobre que habita en las jurisdicciones de los establecimientos administrados por una ACLAS no tiene garantizado el acceso a los servicios de salud. Es decir, el problema central del derecho a la salud, es que **existen restricciones institucionales para el acceso a servicios de salud de la población pobre y vulnerable**.

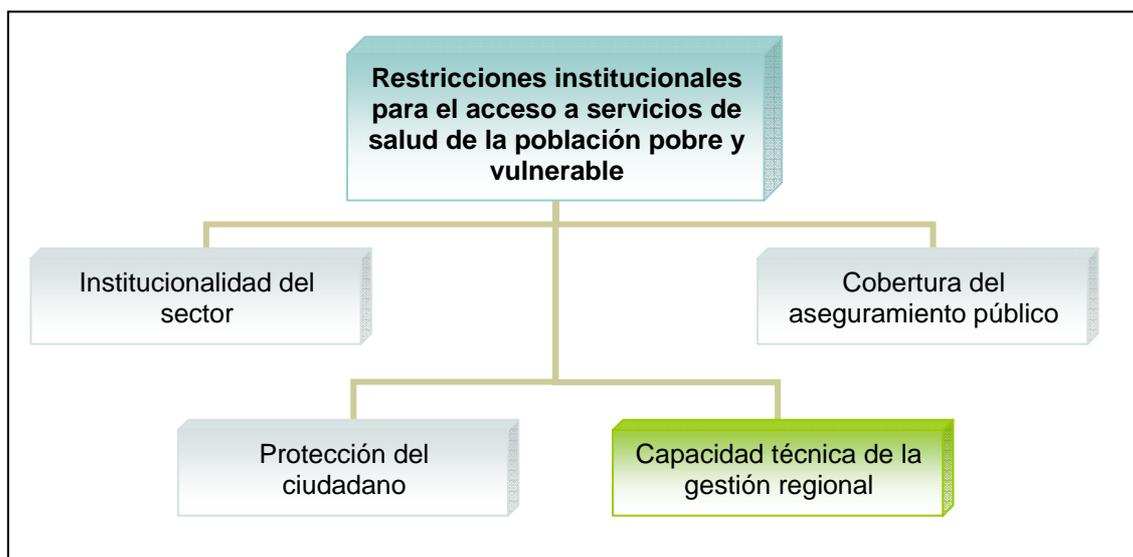
Las restricciones institucionales que existen para garantizar el acceso a los servicios de salud a la población pobre y vulnerable se evidencian con el hallazgo de que en los CLAS (tanto de mejor desempeño como opuestos) la atención de la salud está condicionada a un pago previo, situación que se agrava con el hecho de que los CLAS afilian al SIS en menor proporción que los No CLAS.

8.2. Identificación de los factores macro del problema

En las conclusiones del estudio expresadas en el documento técnico N° 1 de esta consultoría se estableció que es preciso una *“adecuada, oportuna y completa implementación de mecanismos mínimos que garanticen una atención con un enfoque claro y contundente pro-derechos en salud”*. Los mecanismos mínimos a implementar tienen que abordar los factores macro del problema como:

- La institucionalidad del sector
- Protección del ciudadano
- Cobertura del aseguramiento público.
- Gestión de las Direcciones de Salud.

Esquema 5: El problema central y factores macro relacionados.



Fuente: Elaboración propia a partir de hallazgos de estudio de casos y percepciones del investigador.

8.3. Elaboración de recomendaciones

Las recomendaciones seguirán el esquema de los factores macro relacionados con la finalidad de darle un enfoque sistémico y con mejor aproximación al enfoque de derechos en salud.

CAPÍTULO IX: RECOMENDACIONES PARA EL MINISTERIO DE SALUD

El Ministerio de Salud es el órgano rector de la salud en el Perú. Las intervenciones que produzca el órgano rector en el sistema de salud tienen un efecto en el equilibrio de sus actores. La calidad y cantidad de las intervenciones dependen de la institucionalidad del régimen, así como del grado de desarrollo de la institución, que aseguren gobernabilidad y gestión adecuadas. También, juega un rol preponderante las acciones de control que debe someter el sector con la finalidad de producir resultados eficientes y eficaces. Las recomendaciones que se emanan a continuación están enmarcadas en los cuatro factores macro relacionados al problema central, y, además, considera las cinco dimensiones del marco referencial de este documento.

9.1. Para la institucionalidad del sector

De los hallazgos y de las conclusiones del estudio de casos se extrae que el no cumplimiento de los mecanismos fijados por parte de los establecimientos de salud de la atención primaria administrados por una ACLAS está asociado a factores críticos relacionados con la institucionalidad del sector, que impide la modulación correcta de las reglas emanadas, y, a la vez, la sostenibilidad de los mecanismos institucionales desarrollados hasta el momento. Estas deficiencias son “fallas” tanto legales como políticas, las cuales condicionan la eficiencia y eficacia del modelo en el cumplimiento del supuesto de equidad en la atención.

Por tal razón, las fallas legales y políticas deben ser abordadas con las siguientes consideraciones, que resultan ser mecanismos de ajustes:

- a. Someter las reglas actuales vigentes a un análisis sistémico para evaluar la viabilidad en el cumplimiento de los supuestos del modelo: eficiencia, equidad y calidad.
- b. Someter a revisión la vigencia y la implementación de la política de democratización de la salud que reza el noveno lineamiento de políticas sectoriales, con la finalidad de verificar el rol que desempeñan en la actualidad los gestores de la Administración Compartida en todos los niveles de gobierno y gestión institucional.
- c. Establecer nuevas reglas de juego para todos los niveles de gestión que redefinan nuevas responsabilidades ante la consecución de los supuestos del modelo.
- d. Reestructurar el diseño organizacional del Nivel Central actual que garantice un abordaje oportuno, preventivo, proactivo y no reactivo, de la institucionalidad del modelo de gestión, con la recuperación de un equipo técnico que sea especializado en los aspectos conceptuales, legales y técnicos de la Administración Compartida.
- e. Sistematizar las acciones o prácticas institucionales del nivel prestador que vulneran el derecho a la salud de los pobladores, con la finalidad de generar conocimientos renovados y a la vez proponer alternativas de solución acordes con la gravedad de la realidad que cada vez se perpetúa impunemente.
- f. Redistribución de funciones reguladoras en todos los niveles propiciando adaptaciones consensuadas desde los niveles locales basados en doctrinas en salud pública y con enfoque de derechos en salud.
- g. Asignar funciones y responsabilidades genéricas a otras unidades productivas del Nivel Central con relación a la gestión de los CLAS con la finalidad de promover la articulación interadministrativa y facilitar el entendimiento de las complejas relaciones que se originan en los CLAS.
- h. Promover investigaciones acerca del desempeño del modelo de gestión y la relación con el sistema de salud, en busca de facilitar el entendimiento de los efectos indeseables, así como de los efectos positivos del modelo y poder mejorar la capacidad de gestión en el nivel operativo.

9.2. Protección del ciudadano

Los ciudadanos, son consumidores o usuarios de servicios de salud, y son el objeto de todo sistema social. Cada día cobra mayor relevancia la preocupación de los proveedores de servicios o bienes por brindar atención de calidad al usuario. Cada vez es mayor el “enfoque hacia el usuario” por parte de las instituciones. Las siguientes recomendaciones apuntan a generar consumidores plenamente informados y conscientes de ser portadores de derechos en salud, aunque es una labor titánica en una sociedad con altos niveles de exclusión social, cuya principal característica es la carencia de recursos y bajos niveles educativos. Aunque esta última evidencia no es plenamente cierta a la hora de que el ciudadano se sienta un usuario o

consumidor, sobretodo si media un pago en la entrega del servicio de salud. Para ello se han considerado importante recomendar:

- a. Regular aspectos asociados a la venta de servicios, tarifas, condiciones financieras de la prestación, que generen decisiones informadas por el usuario y faciliten la exigencia de mecanismos diferenciados de financiamiento de la salud.
- b. Establecer criterios de exoneración efectiva para pobladores pobres extremos, que por razones de la etapa de vida en que se encuentran no están comprendidos en los planes del aseguramiento público, y así promover que hagan uso del establecimiento de salud respectivo que debe actuar como puerta de entrada al sistema.
- c. Ofrecer información masiva en campañas organizadas en todos los medios sobre los derechos en salud, respetando la heterogeneidad cultural del país, y a la vez promoviendo e identificando las mejores prácticas individuales en el ejercicio del derecho a la participación en salud.
- d. Promover la instalación de Defensorías de la Salud en aquellos establecimientos del primer nivel con mayor capacidad resolutive que generen cultura de protección del usuario y a la vez ganar espacios en la lógica de la producción de salud con un enfoque centrado en el ciudadano, como sujeto susceptible de exigir derechos constitucionales, y sociales.
- e. Instalar centros desconcentrados de las Oficinas Defensoriales con representantes de la comunidad que intervengan en la recepción de los conflictos surgidos por la prestación de los servicios de salud.

9.3. Cobertura del aseguramiento público

El aseguramiento público es una estrategia nueva para el Perú. Sus efectos en el acceso aún no se conocen más allá de los resultados primarios producto de la inclusión de mecanismos que han extendido la cobertura y el acceso a los servicios de salud de la población teóricamente más pobre del país. Pero aún así se han evidenciado fallas en la producción de la afiliación que atentan contra el derecho a la atención de los ciudadanos pobres peruanos. Las siguientes recomendaciones son ejecutivas y están netamente ligadas a la búsqueda de una mejor implementación del aseguramiento público.

- a. Flexibilizar el condicionamiento de la afiliación al SIS previa presentación de la Partida de Nacimiento, y DNI, puesto que justo en estas zonas de pobreza es más alta la relación de ciudadanos indocumentados por razones de accesibilidad financiera.
- b. Establecer convenios con las oficinas locales de la RENIEC y gobiernos locales para promover la retroalimentación de aquellos ciudadanos con limitaciones financieras para costear el diligenciamiento de los documentos de identidad.
- c. Establecer nuevos y mayores incentivos legales negativos – sanciones administrativas - para los funcionarios regionales y locales que hacen mal

- uso de las afiliaciones al SIS, privilegiando a los menos pobres, y excluyendo a los pobres extremos.
- d. Elevar la jerarquía de la norma en relación a aspectos asociados a la clasificación de población pobre que no está comprendida en los planes del SIS.
 - e. Promover investigaciones sobre la experiencia en la aplicación de los instrumentos de clasificación socioeconómica y la capacidad de seleccionar a los verdaderamente pobres y filtrar a los que no son considerados como tales.

9.4. Capacidad técnica de la gestión regional

Las Direcciones Regionales de Salud – DIRES/DISAS – son órganos delegados del Ministerio de Salud, Nivel Central, para ejercer el rol de rectoría en el ámbito regional. La estructura orgánica de estos entes, por lo general, repite la del Nivel Central. El resultado es que el programa de Administración Compartida está sólo gestionado por un equipo mínimo de “expertos” en el modelo y que se concentra básicamente a resolver “situaciones de emergencia” de la vida institucional de los CLAS. En la gestión de los CLAS el rol de las otras unidades productivas es marginal. Por eso, la necesidad de fortalecer las capacidades técnicas de la gestión regional, para que puedan desempeñar las funciones básicas que les compete como órgano administrador: regulación y articulación.

- a. Establecer estándares de desempeño de la gestión regional de los ACLAS.
- b. Promover, desarrollar y sostener mecanismos estandarizados y legales de establecimiento de tarifas y criterios de exoneración de pobres,
- c. Incluir en las acciones de control, como en el Sistema de Control Gerencial, la vigilancia y el control del cumplimiento de los elementos estructurales como tarifarios, criterios de exoneración, flujogramas de referencia en caso de atenciones complejas y urgencias, afiches con listado de derechos en salud y afiches con procedimientos para la atención de quejas y reclamos.
- d. Renovar las normas que establecen la gratuidad de los servicios preventivo-promocionales limitándolo a la población asignada.
- e. Promover acciones concretas periódicas y sistemáticas de control para incentivar a los establecimientos de salud a no realizar cobros indebidos por atenciones consideradas gratuitas por el MINSA.
- f. Sancionar con acciones administrativas a los gerentes de los establecimientos de salud que incurren en cobros indebidos por atenciones de programas preventivo-promocionales.
- g. Establecer inventarios de las organizaciones sociales de base de cada jurisdicción de los establecimientos de salud del primer nivel a su cargo.
- h. Establecer mecanismos de comunicación directa y periódica con cada organización social de base para posicionar los derechos y deberes en salud de las organizaciones sociales de base en la gestión local de salud.
- i. Incluir en los criterios de control estándares de desempeño de las relaciones de las ACLAS con las organizaciones sociales de base.

- j. Promover las capacitaciones continuas y grupales de los miembros de las organizaciones sociales de base en temas relacionados a la gestión de los CLAS y la vigencia del derecho a la participación en la dimensión colectiva.

CAPÍTULO X: RECOMENDACIONES PARA LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO

La Defensoría del Pueblo como órgano constitucional autónomo, y amparado en el artículo 162° de la Constitución Política del Perú, que le otorga la facultad de proteger los derechos fundamentales de la persona y de la comunidad; así como supervisar el cumplimiento de los deberes de la administración estatal y la prestación de servicios públicos a la ciudadanía juega un rol articulador en el sistema de salud al promover y exigir buenas prácticas institucionales que fomenten el respeto y la vigencia de los derechos en salud por parte de los administradores y prestadores de la salud. Las recomendaciones son:

10.1. Institucionalidad del régimen

- a. Fortalecer la comunicación proactiva de la vigencia de los derechos en salud en el nivel administrativo y prestador del subsistema público adscrito al MINSA, con especial énfasis para el programa de Administración Compartida.
- b. Promover una rendición de cuentas organizada, sistemática y oportuna a los funcionarios de la Administración pública que tengan relaciones formales con el modelo de gestión de Administración Compartida.
- c. Promover una campaña masiva de comunicación promoviendo los derechos en salud y la vigencia de éstos desde la afiliación al SIS.
- d. Estandarizar los procedimientos para la exigibilidad, las quejas y sugerencias de los usuarios de los establecimientos de salud.
- e. Difundir los procedimientos para la exigibilidad, las quejas y sugerencias de los usuarios entre los miembros de la comunidad organizada y los usuarios.

- f. Promover la formación de Oficinas de Defensoría de la Salud en los Centros de Salud cabezas de microrredes y redes.
- g. Realizar acciones de supervisión continuas y sistemáticas a los establecimientos de salud y administradores de la salud (nivel central y regional) con la finalidad de verificar el cumplimiento de estándares administrativos que miden el cumplimiento y el ejercicio de los derechos a la salud.

CAPÍTULO XI: RECOMENDACIONES PARA LAS ACLAS

Las Asociaciones CLAS tienen deberes y derechos como Asociaciones Civiles de derecho privado. Los CLAS tienen mayores niveles de responsabilidad al ser receptores de fondos públicos para la gestión de la salud en el nivel local. Las recomendaciones a las ACLAS deben ser gestionadas por las DIRES/DISAS y por el Nivel Central:

- a. Establecer estrategias innovadoras como la comunicación escrita más efectiva directa sobre aspectos de la “*rendición de cuentas*” a las organizaciones sociales de base y autoridades locales para generar confianza en las relaciones, y así poder garantizar mejores resultados en la participación real y sostenida de la comunidad organizada en la gestión de las Asociaciones CLAS.
- b. Facilitar la implementación de Oficinas de Atención al Usuario en los establecimientos sede de microrredes y redes.
- c. Promover la capacitación del personal de salud en técnicas de atención de manera consensuada y organizada con el gestor regional, Direcciones Regionales de Salud y la comunidad.
- d. Fortalecer los procesos de rendición de cuentas periódicamente a la comunidad organizada tal como lo demanda la norma.
- e. Difundir los procedimientos para la exigibilidad, las quejas y sugerencias del usuario del establecimiento de salud.
- f. Establecer escalas de incentivos y sanciones al personal que cumple o incumple con los criterios de las normas que velan por el derecho a la salud.
- g. Incluir en la rendición de cuentas mensual que realiza el personal de salud al CLAS los criterios de acceso de la población pobre a los servicios de salud, como, la evaluación

socioeconómica de las familias asignadas al establecimiento de salud, la extensión de la afiliación al SIS de las familias evaluadas y la extensión de uso de la población identificada como pobre no incluida en el SIS.

CAPITULO XII: CONCLUSIÓN

Velar por los derechos en salud en un sistema fragmentado como el peruano es un reto. La multiplicidad de agentes que participan en la producción de la salud hace la acción una labor titánica y desafiante.

En cualquier sociedad siempre es necesario equilibrar los intereses colectivos con los individuales. El derecho a la salud es de interés colectivo y debe ser abordado por entes estatales que aseguren su vigencia, respeto, protección y cumplimiento cabal.

El rol de la Defensoría del Pueblo es crucial en este ámbito puesto que en la actualidad no se han configurado fuerzas colectivas suficientes para que las acciones de protección de los derechos en salud sean sostenidas, coherentes y respetadas por todos los agentes del sistema y en especial del régimen organizado alrededor de la Administración Compartida.

BIBLIOGRAFÍA

26. Banco Interamericano de Desarrollo. 1997. *Cómo organizar con éxito los servicios sociales*. Fondo de Cultura Económica. Washington.
27. Díaz, E. 1996. *Filosofía política: teoría del Estado*. Editorial Trotta. Valladolid; pp. 63-80.
28. Londoño, J.L.; Frenk, J. 1997. *Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. En: Salud y Gerencia. Universidad Javeriana. Bogotá.
29. Lyon-Caen G.; 1999. Ponencia “La Salud en el sistema jurídico”. En: Marzal, A.; *et al. Protección social de la salud y derecho social*. ESADE. Facultad de Derecho, Madrid; pp. 219-228.