

PROYECTO DE ANALISIS PLANEAMIENTO
Y EJECUCION DE POLITICAS (PAPI)

Convenio USAID-Gobierno Peruano

INFORME FINAL

EVALUACION DEL PROGRAMA DE FOCALIZACION
DEL GASTO SOCIAL BASICO SUB PROGRAMA ADMINISTRACION COMPARTIDA

(AMBITO DEL ESTUDIO: AMAZONAS, AYACUCHO Y TACNA)

Consultores: Eduardo O'Brien
María Bamechea

Lima, 30 de Enero de 1.996

Este trabajo fue elaborado a pedido del Ministerio de Salud y financiado por el Proyecto PAPI Convenio entre el Gobierno Peruano y USAID.

El Ministerio de Salud y la Unidad Técnica del Proyecto de Análisis, Planeamiento y Ejecución de Políticas (PAPI), participaron en la supervisión del desarrollo del estudio.

Las opiniones vertidas en este documento son de entera responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente la opinión de las agencias auspiciadoras del estudio

2

El Proyecto Papi se creó en 1,991 con el objetivo de apoyar al Gobierno Peruano en su proceso de toma de decisiones en materia de política económica, dirigida a lograr la estabilización de nuestra economía y sentar las bases para un crecimiento sostenido y con equidad.

Para lograr su objetivo, el Proyecto financia y supervisa el trabajo que realizan consultores, especialmente contratados para que formulen propuestas de reforma económica, social o institucional.

El Proyecto PAPI funciona gracias a la participación de los siguientes funcionarios o autoridades:

-Secretaría General de la Presidencia de la República:

Ing. José Kamiya (Secretario General)

- USAID:

George Wachtenheim (Director)

Scott Taylor (Oficial del Proyecto)

Jorge Alarcón (Administrador del Proyecto)

- Unidad Técnica del Proyecto PAPI

Clara Ogata de Kanamori (Jefe)

Maria Elena Esparza

Lourdes Coli

- Oficina del Contratista Institucional

Carlos Gasco (Jefe)

Hilda Nugent

ira y Max
y Ayacu
lades para

José
facil:
el e
la c
ite

El Ministerio de Salud (MINSA) realizó un diagnóstico situacional acerca de la organización y gestión en el primer nivel de servicios donde se detectaron irregularidades: problemas críticos en la atención de salud, ausencia de metas y de programación central, compromiso del personal nombrado (debido a causas justificadas como bajos sueldos, homologación centralizada, formas inadecuadas de promoción, etc.), problemas con los fondos de medicinas, gastos y presupuestos centralizados, entre otros.

Este diagnóstico confirmó la necesidad de efectuar una reforma sustantiva en este campo, debido a los problemas encontrados. Ello determinó que a partir del año 1994, se empezara a reorientar el trabajo en función de una escala de prioridades destinadas a cubrir las necesidades básicas en salud pública.

Para este efecto se iniciaron una serie de Programas, uno de los cuales es el Programa de Salud Básica para Todos, antes denominado de Focalización del Gasto Social Básico, y, dentro de él, el Programa de Administración Compartida (PAC) tendiente a que los Puestos y Centros de Salud oferten en forma oportuna, eficiente y eficaz la prestación de un paquete de servicios que resuelva los principales problemas de salud, con la participación directa de la población organizada en la gestión de los recursos humanos, económicos y materiales de los establecimientos de salud. A través de los Programas de Focalización y PAC se optó por inyectar recursos para mejorar la calidad de la atención primaria en salud.

Conceptos Básicos del PAC

Fueron presentadas como opciones de trabajo la municipalización de los servicios de salud, pero se corría el riesgo de politizar y elitizar la salud; y la privatización que podía ser utilizada con fines de lucro en desmedro de la salud de las mayorías.

Se optó por crear un sistema de negociación entre el Estado y la comunidad mediante un programa de salud que es refrendado por un contrato suscrito entre ambos. El Estado tiene deberes ineludibles en torno a la salud pública, pero la comunidad puede tener responsabilidades administrativas, ejercidas a través de una unidad a la que se le pueda transferir recursos, pero también esas responsabilidades.

La administración compartida es una modalidad descentralizada de gestión mediante la cual la comunidad organizada y el MINSA convienen en administrar los Centros y Puestos de Salud a fin de mejorar la calidad de la atención y ampliar su cobertura. Para ello se crea una unidad descentralizada del sistema de salud con personería jurídica propia y capacidad de realizar contratos con el Estado.

Se apoya en una política que reconoce las múltiples posibilidades de relación entre el sector público y el sector

privado en el campo de la salud y privilegia aquellas que a nivel local buscan el logro de la equidad, solidaridad, calidad y eficiencia como principios básicos.

Dentro de ello son soportes fundamentales la participación organizada de la comunidad, la descentralización de los servicios de salud, la gerencia en la gestión de los establecimientos de salud, la revitalización institucional de los Centros y Puestos de Salud y el reforzamiento de la calidad de los recursos humanos.

La estrategia del Programa se basó en dos aspectos fundamentales: realizar el trabajo en el primer nivel de servicios y no en la red hospitalaria; e inversión en las zonas más pobres y de menor desarrollo.

Para todo ello se tuvo en cuenta la sólida experiencia de participación comunitaria que es tradicional en el país.

Aspectos Operativos

El Comité Local de Administración de Salud (CLAS), es una asociación civil con personería jurídica de derecho privado, responsable de la administración de un establecimiento de salud del nivel básico de atención.

Está organizado en una Asamblea General y un Consejo Directivo. La primera se constituye por 5 o 7 miembros, uno de los cuales es el Jefe del Establecimiento y, los otros, son nominados en igual número por representantes de la comunidad y el MINSA.

El Consejo Directivo es responsable de la inscripción del CLAS en los registros públicos, de coordinar con el Jefe del Establecimiento para la elaboración del Programa de Salud Local y para la firma del contrato con el MINSA.

Evaluación

A un año de trabajo, la Cooperación Internacional y el MINSA han acordado la realización de una "Evaluación del Programa de Focalización del Gasto Social Básico - Salud, Sub-Programa de Administración Compartida".

El presente documento es el informe final de la evaluación y recoge la información obtenida a partir de las acciones realizadas en los tres departamentos que fueron elegidos como muestra del estudio: Amazonas, Ayacucho y Tacna. En la medida que tres departamentos constituye una muestra pequeña, no se pretende sacar conclusiones generalizables a partir de estos casos, pero sí destacar constantes y problemas que permitan determinar criterios a ser usados en el futuro del Programa.

La información será organizada de la misma manera en que se hizo en los informes de avance, de manera de facilitar el

seguimiento del trabajo. Este documento cuenta con tres capítulos: el primero se refiere al proceso metodológico utilizado para el estudio, el segundo se centra en la presentación de la información y el análisis de los datos obtenidos en las visitas de campo y el tercer y último capítulo presenta las conclusiones y propuestas.

Agradecemos la colaboración de la Dirección General de Salud de las Personas que dirige el Dr. Eduardo Zárate para la realización del presente estudio, en especial de la Dra. Donatila Avila quien estuvo en contacto permanente con nosotros brindando valiosa ayuda para la realización del mismo.

Igualmente a los Drs. Jorge Martínez, Renán Neira y Max Vega de las Sub-Regiones de Amazonas, Tacna y Ayacucho respectivamente, quienes nos brindaron las facilidades para la obtención de la información.

Finalmente agradecemos al Ingeniero Juan José Vera, Responsable del Equipo Central del PAC quien facilitó la información y los contactos pertinentes para hacer el estudio; y a la Licenciada Clara Ogata del Proyecto PAPI por la confianza depositada en nosotros para la realización del presente trabajo.

I. ASPECTOS METODOLOGICOS

El Estado ha venido financiando a los CLAS, quienes bajo un Plan Local de Salud, con objetivos y metas específicas, realizan la atención a la población. Ellos se encargan de contratar o ampliar el horario del personal, velar por los insumos del establecimiento, mantener un stock básico de medicamentos, así como monitorear y vigilar la salud de su población.

Pasado un año de funcionamiento, el MINSA ha creído conveniente evaluar cómo han cumplido con los planes locales de salud, cómo participa la comunidad en la administración del establecimiento y cómo se han utilizado los recursos.

Para ello propuso un estudio cuyos objetivos serían:

Objetivo General

Evaluar el funcionamiento, la gestión y la participación de los establecimientos en Administración Compartida con la comunidad en las diferentes regiones del país.

Objetivos Específicos

1. Evaluar el proceso de formación de los CLAS en las diferentes regiones del país.
2. Evaluar la participación de la comunidad desde el proceso de elaboración del Plan Local de Salud, su implementación y su ejecución a la fecha, en las diferentes regiones del país.
3. Evaluar los mecanismos de gestión de los recursos humanos, físicos y sobre todo financieros de los CLAS en las diferentes regiones del país.
4. Evaluar la calidad de los servicios prestados en los establecimientos de salud, de acuerdo a parámetros elaborados para el establecimiento, incorporando la perspectiva de la comunidad.

Para tal fin se definieron como variables las siguientes: participación, liderazgo, gestión y calidad de los servicios prestados. Para cada una de ellas, se definieron indicadores y se precisó la relación con los objetivos y el producto esperado. Todo esto se consignó en el Plan de Análisis que fue entregado al MINSA y a la Secretaría Ejecutiva del Proyecto PAPI al inicio del estudio (1).

Determinación de la muestra

Para determinar los tres departamentos que se habrían de incluir en el estudio según el acuerdo inicial entre MINSA y PAPI, se tuvieron en cuenta la combinación de los siguientes criterios: cantidad de CLAS constituidos en el departamento,

1 El Plan de Análisis del presente estudio forma parte de los anexos de este informe.

antigüedad de constitución de los mismos y cobertura geográfica (cubrir las tres regiones y los tres espacios: norte, centro y sur).

Luego de muchas deliberaciones se escogieron los departamentos de Amazonas, Ayacucho y Tacna.

Los criterios para designar la muestra al interior de cada uno de los departamentos fueron los siguientes: antigüedad de constitución de los CLAS (que tuvieran por lo menos un año de funcionamiento), tipo de establecimiento (Centro CS o Puesto PS de salud) y ubicación (rural o urbano).

El departamento de Amazonas fue visitado entre el 26 y el 30 de noviembre de 1995. En este caso los criterios para determinar la muestra eran homogéneos: todos los CLAS tenían el mismo tiempo de constitución (octubre de 1994), todos estaban en relación a PS y todos se ubicaban en zona rural.

También fuimos informados que sólo en 4 de las 7 provincias del departamento de Amazonas se habían constituido CLAS: Bongará, Luya, Rodríguez de Mendoza y Chachapoyas y que habían 21 funcionando en la actualidad.

Por ello se optó por escoger dos CLAS en cada una de las provincias donde estos existían. La muestra quedó conformada por 7 establecimientos, lo que constituye la tercera parte de los CLAS existentes.

El departamento de Tacna fue visitado entre el 10 y el 16 de diciembre de 1995. En este caso, luego de seleccionar los CLAS con más de un año de funcionamiento, se hizo una ubicación del tipo de establecimiento (CS o PS) y, con ellos, se escogió una muestra significativa que abarcara todas las provincias tanto en zonas de costa, como en zonas de sierra.

La muestra quedó conformada por 15 establecimientos lo que constituye el 40% de los CLAS existentes en el departamento de Tacna. Se evaluó 8 CS, 4 en zona urbana y 4 en zona rural y 7 PS, todos en zona rural, pues no hay ninguno de ellos ubicado en la zona urbana.

Para el caso del departamento de Ayacucho, como sólo se han constituido 7 CLAS hasta la fecha, se optó por evaluarlos a todos. La visita se realizó entre el 8 y el 11 de enero de 1996 (2).

2

Para mayor información sobre la determinación de la muestra en cada departamento, se puede consultar los informes de cada uno de las visitas que han sido ya entregados y que forman parte de los anexos de este documento.

Programa de Procesamiento de la Información

Previamente al procesamiento de las encuestas realizadas a los diferentes responsables de las unidades asistenciales, directivos de los CLAS y usuarios de los establecimientos de salud del universo muestral de las Sub-Regiones de Salud de Chachapoyas, Tacna y Ayacucho; se revisó los diferentes softwares especializados que permitieran realizar este trabajo.

Después de elaborar los modelos de encuestas a ser utilizados, y luego de la prueba de validación de los instrumentos, realizada en la unidad Laura Callér en el distrito de Los Olivos, se optó por el software STATGRAPHICS Versión 6.1.

Se escogió este paquete estadístico, por que, aún cuando se trataba de encuesta cuyas variables en su gran mayoría eran de carácter cualitativo, el Statgraphics 6.1 tiene la facilidad - entre otras bondades-, de realizar contrastación de dos o mas variables (Constrabulation), que permiten a partir de estos resultados, realizar un análisis exacto y rápido de las diferentes cruces de variables utilizadas en las encuestas y poder reflejarlas en los informes presentados después de las visitas realizadas en cada sub región.

La metodología utilizada fue la siguiente:

1. Se sostuvieron reuniones de trabajo entre el equipo conformante a cargo del estudio, para elaborar el Plan de Análisis.
2. Se identificó y seleccionó las variables a ser cruzadas, las que deberían permitir un adecuado análisis de la información recopilada.
3. Luego de cada viaje a las sub regiones, se realizó el tabulado respectivo abriendo para cada tipo de encuesta (03), un archivo de acuerdo a las características de las mismas. Así tenemos, 03 archivos por Sub-Región, uno correspondiente a encuestas realizadas al jefe de la unidad asistencial, una a los directivos de los Clas y otra de las encuestas realizadas a los usuarios presentes el día de visita a las unidades asistenciales.
4. Después de realizar el tabulado correspondiente de todas las encuestas recibidas, se procedió a hacer las contrastaciones de variables, por cada tipo de encuesta. El paquete utilizado arroja los resultados en reportes, los que a su vez son insumos para la elaboración de cada uno de los informe parciales. Todos los reportes y archivos de trabajo se mantienen guardados tanto en medios magnéticos como en impresiones.
5. Finalmente, después de obtener los resultados señalados en el punto anterior, se hizo el análisis respectivo, pero ya en forma de informe en donde se señalaban los resultados que arrojó el procesamiento de las encuestas.

II. PRESENTACION Y ANALISIS DE LA INFORMACION OBTENIDA

La información obtenida será organizada siguiendo los lineamientos de los objetivos de la evaluación y su relación con los indicadores planteados y el producto esperado, tal como se indica en el Plan de Análisis del presente estudio.

Objetivo 1:

Evaluar el proceso de formación de los CLAS en las diferentes regiones del país.

Formación y Constitución de los CLAS

En todos los casos estudiados, el proceso ha tenido básicamente las mismas características que estatutariamente les han conferido: La Sub-Dirección Regional, amparada en el D.S. 01-94 que norma la constitución de los CLAS, conforma un equipo responsable de identificar y evaluar los establecimientos de salud con mejores condiciones para formar parte del PAC y para capacitar a las comunidades y al personal de los establecimientos en las funciones que les compete como tales.

En Amazonas recayó la responsabilidad en la Dirección de Salud de las Personas a cargo del Dr. Jorge Martínez, en Ayacucho en la Dirección Técnica de Salud Básica a cargo del Dr. Max Vega, y en Tacna en la Dirección Ejecutiva de Servicios Periféricos a cargo del Dr. Renán Neira Zegarra. Es necesario decir que en Ayacucho y en Tacna es el mismo Director quien concentra la administración de los tres Programas: Focalización, 2000 y PAC; lo que les permite un manejo más racional y equitativo de los recursos, evita duplicidad en la actuación del MINSA y competencias innecesarias entre los Programas. En el caso de Chachapoyas pudimos percibir la presencia de conflictos de competencia entre ellos, debido a que su administración recae en diferentes personas.

El documento que norma los aspectos operativos del PAC establece como criterios principales para designar a los establecimientos donde se conforman los CLAS los siguientes: nivel organizativo de la comunidad, experiencias exitosas de salud comunitaria desarrolladas, incorporación voluntaria de la comunidad y accesibilidad del establecimiento a fin de facilitar el monitoreo y evaluación.

Amparados en el D.S. 01-94, que les da la opción de crear una comisión encargada de identificar y evaluar los establecimientos, cada Sub-Región ha adaptado esta norma y elegido sus propios criterios, acordes a las condiciones de su zona. Según nos informaron en la Sub-Región Chachapoyas, los criterios que ellos usaron para designar a los establecimientos elegidos fueron: lejanía de la ciudad de Chachapoyas, ausencia de médicos, zona rural, enfoque de riesgo, vigilancia epidemiológica.

En el caso de Tacna, los criterios elegidos fueron: nivel de desarrollo del establecimiento, nivel organizativo de la población y que no reciban recursos del Programa de Focalización.

En Ayacucho los criterios fueron: zonas cercanas a la Sub-Región, existencia de organizaciones estables y representativas de la comunidad y de personal médico nombrado en el establecimiento.

Es necesario señalar que, aún haciendo uso de los criterios de selección propios, en la ejecución del PAC se ha cumplido con la descentralización de los servicios de salud, uno de los soportes fundamentales del mismo.

Promoción y sensibilización a la Comunidad

Una vez identificados los establecimientos, la Sub-Región procedió a la motivación y sensibilización de los miembros del establecimiento y de los representantes de la comunidad a fin de constituir el CLAS.

Para su designación convocaron a las organizaciones e instituciones de la comunidad de mayor actuación en el campo de la salud, para que entre ellos elijan a sus representantes en el Comité.

El trabajo de promoción de los CLAS ha recaído en Chachapoyas fundamentalmente en los directivos de la Sub-Región, mientras que en Tacna esto lo realiza el responsable del establecimiento, aunque es necesario mencionar el impulso y apoyo del médico responsable del Programa en esta Sub-Región.

En Ayacucho se ha dado la modalidad combinada, compartiendo responsabilidades entre ambas instancias. Cabe mencionar en este caso, que mientras visitábamos uno de los CLAS fuimos abordados por dirigentes de comunidades donde el médico responsable del establecimiento de salud se había negado a formar el CLAS, a pesar de los requerimientos de la comunidad animada por el ejemplo de las unidades ya formadas. Como no está dentro de nuestras funciones en el estudio el promover la formación del CLAS, derivamos el caso al Dr. Vega, responsable del PAC en la Sub-Región. Todos los casos hasta ahora encontrados muestran que el CLAS se constituye por impulso del MINSA, no a petición de la comunidad, por lo que esto se podría convertir en una novedad dentro del funcionamiento del Programa.

Se comprueba en la práctica que en todos los casos, tanto la capacidad gerencial, como la disposición y voluntad personal que ponen los responsables de establecimientos y directivos de la Sub-Región encargados del Programa, son piezas fundamentales para el buen desarrollo del mismo.

A pesar del gran empeño de estos médicos, se constata también que no ha habido la suficiente capacitación y promoción del modelo lo que en algunos casos lleva la confusión de roles entre el personal asistencial, especialmente el médico jefe, y

los miembros del CLAS.

A diferencia de Chachapoyas y Ayacucho, en Tacna no se ha dado la confusión de roles entre el responsable del establecimiento y los directivos del CLAS. La principal razón para que este problema no exista es que siempre ha habido una mayor presencia del sector, en tanto que en Chachapoyas en muchos de los establecimientos recién se han implementado con la conformación del CLAS. Para el caso de Ayacucho, encontramos que muchos de los establecimientos han reiniciado sus actividades, al mismo tiempo que el Programa, después de haber sido cerrados por los problemas mencionados de terrorismo.

Sobre la difusión de los CLAS encontramos que, tanto en la dirección del Programa, como en los propios directivos, no hay actividades organizadas de difusión a la comunidad sobre la gestión de los mismos.

Aquí se tienen que tener en cuenta varios aspectos que abonan sobre la necesidad de ejecutar más acciones en este sentido: es la primera vez que la población tiene acceso al manejo de fondos públicos lo que les genera gran inseguridad y muchas incertidumbres; en algunos casos (Amazonas por ejemplo) se inician paralelamente las acciones del establecimiento de salud y del CLAS, lo que ayuda a la confusión de roles y, en el caso de Ayacucho, reinician juntos sus actividades después de haber sido cerrados o devastados por la acción del terrorismo.

Modelo de Constitución y Participación de la Comunidad

El CLAS, según el estatuto modelo, puede estar constituido por 5 o 7 miembros, uno de los cuales es el Jefe del Establecimiento y, los otros, son nominados en igual número por representantes de la comunidad y el MINSA. Estos últimos son propuestos por el Jefe del Establecimiento y ratificados en la Oficina del Director Regional, quien los designa mediante Resolución.

Hemos encontrado que Amazonas y Ayacucho han optado por conformarlos con 7 personas, mientras que Tacna lo ha hecho con 5. Sin embargo en este último caso, están solicitando la ampliación de la asamblea porque la directiva es mayoría frente al único miembro de la misma, lo que puede provocar irregularidades y arbitrariedades. Cabe mencionar también que en Ayacucho las vocalías en la práctica no funcionan o lo hacen con menor regularidad e intensidad que las Juntas Directivas.

Es importante anotar que en el caso de Tacna se le hizo una modificación al modelo inicial de estatuto, cambiando la figura del Gerente por la de Director Ejecutivo, dado que las asociaciones sin fines de lucro no pueden contar con un gerente según su naturaleza jurídica. Es del modelo de Tacna que la Dirección Central del PAC toma la idea de asignar las funciones de Gerente al responsable del establecimiento, para plantearse a las otras regiones.

Con la convocatoria del Jefe del Establecimiento, se designa entre ellos a la Junta Directiva. En los casos de Amazonas y Ayacucho, la mayor parte de las Juntas están conformadas por varones y, cuando hay presencia de mujeres, son amas de casa a las que se les elige para conformar la Asamblea, pero no en la Junta Directiva, con una excepción interesante, en el caso de Ayacucho donde una mujer es tesorera de uno de los CLAS. En Tacna la existencia de pueblos jóvenes con fuerte presencia de organizaciones femeninas, hace que la mayor parte de los CLAS estén conformados de manera mixta, encontrándose muchos casos en que el Presidente es hombre y las demás directivas mujeres. Merece especial mención el CLAS de Esperanza en Tacna, cuya directiva está conformada en su totalidad por mujeres. Esto no hace sino confirmar una tendencia generalizada en el país, donde la mayoría de los cargos de decisión y poder están en manos de los varones y, en zonas de la sierra, esto es aún más acentuado.

De esta manera, la participación en la constitución del CLAS recae fundamentalmente en la Sub-Región y/o los responsables del establecimiento. No hemos encontrado participación de promotores de salud y, en cuanto a la comunidad, su participación se limita, en el mejor de los casos a la asistencia a la asamblea donde eligen a sus representantes; puesto que en muchos de ellos sólo asisten los dirigentes de la comunidad.

A pesar de que no hay participación directa de la comunidad, no hemos encontrado ningún caso en que se manifieste desagrado o imposición del Programa. Más bien se empiezan a percibir mejoras en la atención de la salud aunque éstas no necesariamente son entendidas en relación con la gestión del CLAS. Inicialmente éste fue visto como privatización de la atención de la salud lo que provocó naturales resistencias en el Sindicato de Trabajadores del Sector, pero aparentemente éstas han sido superadas.

Una vez elegida su Asamblea y su Junta Directiva, todos los CLAS están obligados a inscribirse como Personas Jurídicas (para lo cual existe un modelo de estatuto igual para todos), a firmar un contrato con el MINSA (para el cual también hay un modelo) que da inicio a la Administración Compartida y a elaborar, en coordinación con el Jefe del Establecimiento el Programa de Salud Local. Junto a ello y, desde la Oficina Central del PAC, se definen el presupuesto y el cronograma de transferencia de partidas.

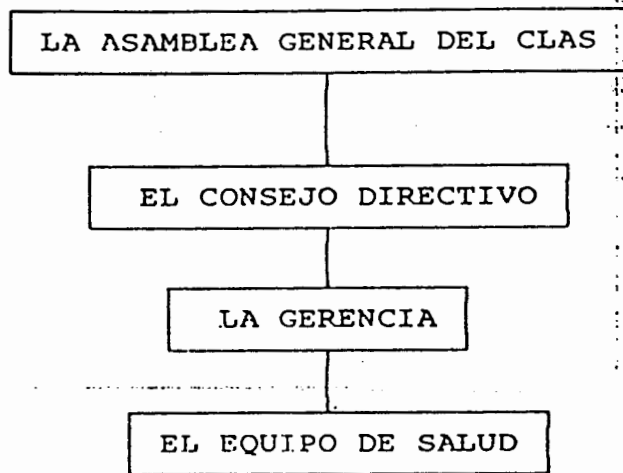
En relación a lo anterior, hemos encontrado que todos tienen estos documentos en regla, pero que el Programa de Salud Local ha sido elaborado por la Sub-Región sin la participación de la directiva de los CLAS. Sin embargo encontramos en Tacna y Ayacucho una práctica recién incorporada para los planes de 1996: que se haga una presentación de los planes por zonas en una reunión con los directivos de la Sub-Región a la que asisten el responsable del establecimiento y el Presidente del CLAS, lo que permite que los Presidentes se involucren desde el inicio en la ejecución del mismo.

Las atribuciones de los CLAS son las siguientes, según el estatuto y el contrato:

- Velar por la adecuada ejecución del Programa de Salud Local y asegurar su cumplimiento.
- Administrar los recursos humanos, materiales, económicos y financieros asignados, así como los ingresos propios.
- Organizar el servicio de farmacia y administrarlo como fondo rotatorio, según las directivas de la Dirección General de medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID).
- Establecer la escala de tarifas de los servicios que presta el establecimiento de salud, incluyendo las condiciones de gratuidad (tarifa cero), para garantizar el acceso de la población indigente o más necesitada del servicio.
- Ejecutar el presupuesto anual de establecimiento de salud, de acuerdo a las directivas del MINSA y rendir cuenta, conforme lo establezcan las directivas que sobre el particular se den a conocer.
- Responsabilizarse y dar mantenimiento a la infraestructura, muebles, equipo e instrumental del establecimiento de salud, a fin de asegurar su operatividad.
- Motivar la participación de las organizaciones comunales e instituciones públicas y privadas de la comunidad.
- Adecuar los horarios de atención de los establecimientos de salud a los requerimientos de la comunidad, con un mínimo de 12 horas diarias de atención.
- Supervisar el cumplimiento de las funciones del personal de salud, informando mensualmente por mérito o demérito al Director SUB-Regional quien dictará las medidas pertinentes para el personal del Estado y recomendará las acciones a seguir con el personal contratado por el CLAS.
- Informar a la comunidad y a la sub-Región los avances del Programa de Salud Local.

Lo anterior nos permite ver con claridad que el énfasis está dado mayormente en la administración y la supervisión y que, el espíritu inicial del programa de lograr actividades integrales tanto en lo administrativo, como en el campo de la salud no ha sido traducido claramente en las normas establecidas.

El modelo de gestión que pretende implementar el CLAS, es la de la cogestión de los servicios de salud. Para cumplir ese fin, el CLAS tiene la siguiente estructura orgánica:



La Asamblea General es la máxima autoridad colegiada del CLAS. Se encarga de elegir a los asociados que integran el Consejo Directivo, aprueba las cuentas y balances, resuelve sobre las modificaciones del Estatuto, la disolución de la asociación y los demás asuntos que no sean competencia de otros órganos.

El Consejo Directivo es el responsable de la marcha administrativa y de los fines que persigue el CLAS. Constituye el órgano de Dirección Ejecutiva del CLAS y funciona a manera de Directorio de una empresa, respondiendo de sus actos ante la Asamblea General del CLAS.

El Jefe del Establecimiento es la máxima autoridad en los aspectos técnicos de los servicios de Salud, es el gerente y responsable de:

- a. La conducción integral de su establecimiento y,
- b. La Administración adecuada de los recursos de acuerdo a los requerimientos del Programa Local de Salud elaborado y coordinado integralmente con el CLAS.

Responde de sus actos ante el Consejo Directivo del CLAS y depende técnica y funcionalmente de la autoridad de salud local (Unidad Territorial de Salud o Unidad Básica de Servicios de Salud)

Objetivo 2:

Evaluar la participación de la comunidad desde la elaboración del Plan Local de Salud, su implementación y ejecución a la fecha, en las diferentes regiones del país.

En cuanto a los indicadores establecidos para la variable participación, encontramos las siguientes constantes (3):

- En todos los casos estudiados, cada vez que han sido convocadas las reuniones por el Jefe de Establecimiento o por el Presidente del CLAS, han contado con la asistencia de su Junta Directiva, encontrándose pocas inasistencias que no son percibidas por sus miembros como problema.

Sobre este indicador merece resaltarse el hecho de que en Ayacucho se funcione básicamente con el ejercicio de la Junta Directiva, más no con el trabajo de la Asamblea, cuya actividad es menos regular e intensa; y que en Tacna se haya solicitado la ampliación de la asamblea para evitar las irregularidades y arbitrariedades de la Junta.

Sería conveniente que las asambleas fueran espacios más amplios de representación de la comunidad donde se decidieran los lineamientos generales de ejecución del Programa y se actuara como órgano de control de la Junta Directiva, reuniéndose efectivamente con una periodicidad de tres meses como lo establece el estatuto; dejándole a ésta un carácter más ejecutivo y permanente.

Se ha establecido cronograma de reuniones de manera variada (semanal, quincenal, mensual, trimestral), adaptándose a las condiciones de cada una de las zonas. Creemos conveniente que tanto en este, como en otros aspectos que iremos mencionando se respeten los criterios y ritmos de trabajo de cada CLAS.

- En los CLAS visitados, los cargos están ocupados y operativos. Tanto éste indicador como el anterior, nos señalan que en la actualidad los CLAS que han sido conformados en el transcurso del último año están funcionando de manera bastante regular a pesar de los altibajos que se plantean en este documento. Hay que mencionar de manera especial el CLAS de Luricocha que no tenía completa la Junta Directiva, quedando como fecha de elecciones el domingo 14 de enero de este año.

Es necesario destacar en este punto que, en nuestra visita a Ayacucho realizada en el presente año (1996), encontramos mucha incertidumbre porque no se han renovado hasta el momento los contratos, no saben si se va a continuar con el financiamiento del Programa y, por lo tanto, no se han firmado los contratos con el personal asistencial mientras no llegue la orden de Lima. Esto hace que en algunos casos se esté trabajando sin sueldo, con la esperanza de que el

3 En la medida que no es posible generalizar las conclusiones, no presentamos en estos puntos datos cuantitativos y porcentajes. Estos han sido consignados en los informes de cada zona, que figuran como anexo de este documento.

Programa continúe; y en otros, simplemente se han disminuído las acciones para aquellas actividades que puedan ser ejecutadas por el personal nombrado del MINSA.

- En cuanto a las formas de elección de los cargos, como mencionamos en el punto anterior, encontramos que han sido propuestos y designados por la Asamblea o Reunión de la Comunidad, con la presencia de los notables del pueblo y representantes de las organizaciones e instituciones. La elección siempre recae en personas de mejor nivel educativo y con ascendencia y liderazgo sobre la comunidad.

De los CLAS entrevistados, encontramos variedad en la ocupación del Presidente: Alcaldes, Profesores, Policías, Agricultores, Comerciantes, etc.

En este tema es necesario mencionar que el Médico es miembro del CLAS con voz, pero sin voto y, que a partir de agosto de este año, se le considera Gerente del mismo. Esto hace que el mayor peso de las decisiones recaiga sobre él.

No es posible encontrar un modelo de democracia perfecta en la representación de los CLAS. No hemos encontrado elecciones de amplia participación en ningún caso, se ha optado más por soluciones pragmáticas que por alternativas completamente democráticas. Lo que sí es claro es que en todos los casos, son personas "notables" o dirigentes de la comunidad quienes son elegidas para ocupar los cargos en el CLAS, lo que nos indica una democracia y representatividad indirectas.

Esto también permite el hecho de que una persona acapare muchos cargos de la comunidad: dirigente de la misma, alcalde, miembro del CLAS, etc., pero esto también podría convertirse en una debilidad, pues son personas con muchas actividades simultáneas lo que reduce sus posibilidades de acción en el CLAS. Lo que es más grave, es que aparentemente no hay muchas posibilidades de recambio, especialmente en las zonas rurales. Si bien no es materia de este estudio, comprobamos, una vez más, que en el país hay carencia de dirigentes, lo cual se vincula muy directamente a la formación educativa de nuestra población.

De hecho la participación directa de la comunidad sólo se da en algunos casos y únicamente para elegir a sus representantes ante el CLAS, aunque los miembros del mismo manifiestan que quienes concocen de su trabajo en este campo, les preguntan constantemente sobre el tema. Esto no ha sido posible comprobarlo directamente en la práctica, donde hemos encontrado más bien desconocimiento de la población sobre el trabajo del CLAS.

- En relación a las decisiones tomadas, encontramos que se ciñen a aquellos temas en los que el estatuto les concede la atribución, es decir las que se relacionan con la administración del establecimiento. Los dos temas más

recurrentes son la contratación de nuevo personal o la ampliación de su horario de trabajo, para, a su vez, ampliar el horario de atención a los usuarios y la compra de medicinas y equipos para el establecimiento.

Se puede apreciar también que toman acuerdos sobre ausencias del Jefe del Establecimiento para eventos de capacitación lo cual significa un control sobre ellos que antes no existía. Esto aparentemente no genera problemas de relación entre ellos, con la sola excepción del CLAS de Churuja, en la Sub-Región Chachapoyas, donde el Presidente pretende sobrepasarse en el control del Jefe del Establecimiento que es un Médico Serumista muy joven aún. Aparentemente se debe a características personales de ambos, más que a un problema en la definición de sus funciones.

Encontramos un aspecto interesante sobre este tema en Tacna, donde el Médico encargado del PAC insiste a los miembros del CLAS que se vinculen con acciones propias de la salud o por lo menos a conocer sobre ellas. Les dice por ejemplo, aprendan lo que es enfoque de riesgo o vigilancia epidemiológica, de manera que su participación en los planes sea más activa.

Finalmente, de las encuestas realizadas se desprende que como producto de las reuniones, en todos los casos se toman decisiones, sobre los aspectos que les confiere el estatuto.

- En cuanto a la asistencia y actividad durante la ejecución de acciones de salud y en campañas de salud, no se registra participación alguna de los miembros del CLAS en ello. Sin embargo si manifiestan en todos los casos la labor de apoyo que cumplen en estas tareas.
- En relación a los planes de trabajo y su evaluación hemos visto en cada uno de los informes por departamento que éstos se cumplen a cabalidad, aunque como ya mencionamos en el objetivo anterior, son elaborados por el responsable del establecimiento en coordinación con la Sub-Región. En el MINSA hay una larga tradición y experiencia en planificación, seguimiento y evaluación de metas de salud que ha sido continuada con la existencia del Programa. Esto debe ser rescatado y debiera constituirse en un elemento importante para la capacitación sobre este tema a los miembros del CLAS. Esta práctica es una herramienta importante que se debiera transferir a la comunidad de parte del equipo de salud.

Es importante destacar que en Tacna y Ayacucho ya se han dado avances en este aspecto cuando, para la elaboración de los planes del año 96, se han realizado reuniones para presentarlos donde han participado el Presidente del CLAS, alternando con los responsables del Establecimiento y los Directivos de la Sub-Región.

Otro elemento importante de destacar es la realización del Censo de Salud de noviembre de 1995, en que se contó con la presencia y apoyo activo de los miembros del CLAS tanto en su promoción y difusión, como en su ejecución. Esto ha permitido que, en todos los casos, se cuente con información más específica sobre la población objetivo, que también de manera general difiere con los resultados del Censo Nacional de Población de 1993, que eran los utilizados por el MINSA para la planificación de sus metas anuales, lo que redundará en una mayor precisión para la formulación de estos planes.

Junto con la realización de este Censo, se ha iniciado una nueva propuesta para la formulación de planes de trabajo: estos se deben basar en la actualidad, en las condiciones de cada una de las zonas, antes que copiar directamente las directivas emanadas de la Dirección del MIMSA como se hacía anteriormente.

En relación a la participación de la comunidad encontramos los siguientes elementos a considerar:

- La idea primigenia de la gestión de la comunidad sobre el tema de la salud, ha quedado reducida a la co-administración de los recursos humanos y financieros. De hecho esta idea no está debidamente plasmada en los estatutos y demás documentos del PAC, por ejemplo en las atribuciones de los CLAS se dice en una de ellas que es "Velar por la adecuada ejecución del Programa de Salud Local y asegurar su cumplimiento"; pero, además de que es un enunciado muy general, no se establecen los mecanismos que lo hacen posible.

En algunos CLAS de Ayacucho manifestaron que su tarea es firmar los cheques, pero que las decisiones quien en realidad las toma es el jefe del establecimiento. En este departamento se vislumbra un conflicto que no es abiertamente expresado entre los miembros del CLAS y los responsables del establecimiento.

Estos conflictos que se presentan en algunos de los CLAS visitados en Chachapoyas y en mayor grado en Ayacucho, es lo que podríamos denominar "Conflicto de Roles", en la medida que toda relación implica una negociación de los intereses de las personas o grupos. En el caso del jefe del establecimiento, que por lo general es un médico, está premunido de una ideología que lo hace verse a si mismo como el único responsable y conector del tema de la salud; en tanto que muchos de los dirigentes, lo que buscan es la notoriedad y el prestigio ante su comunidad. Esta interrelación puede implicar que se presenten dificultades insalvables, en las cuales debe mediar el responsable del PAC en la Sub-Región. Para superar estos conflictos se requiere una labor preventiva y de seguimiento y asesoramiento permanente a los jefes de establecimiento y dirigentes

de los CLAS.

La idea inicial no es que los CLAS sólo se dediquen a administrar los recursos de salud y a controlar al personal asistencial, sino que además de ello se involucren en los aspectos propiamente referidos a la administración de la salud. Es interesante anotar aquí la actitud del Dr. Neira de la Sub-Región Tacna, que insta a los miembros de los CLAS a preocuparse por la vigilancia epidemiológica o el enfoque de riesgo, lo que le daría mayor amplitud a la concepción de su trabajo.

- En la constitución de los CLAS no hay una actividad previa de promoción y sensibilización que permita a los miembros de la comunidad interesarse en sus actividades. Las asambleas no son realmente representativas de la comunidad, aunque se hayan desarrollado de manera democrática. Más bien los responsables del PAC han actuado de manera práctica convocando a los notables del pueblo y/o a quienes ellos consideran que son los promotores del tema de la salud.
- La población no percibe aún el tema de la salud como un problema comunal, ni se sienten en capacidad de actuar sobre el mismo. Tradicionalmente los médicos son reconocidos como los conocedores del tema y como personajes notables de las comunidades. Añadimos a esto el hecho de que la población asume los problemas de salud como la enfermedad propiamente dicha, más no las acciones preventivas de ella.

Contribuye a esta poca participación de la comunidad, el bajo nivel educativo, la poca tradición de participación en los aspectos de salud y la dispersión geográfica. Estos elementos están más claramente presentes en Chachapoyas y Ayacucho, porque en Tacna hay mejores condiciones educativas, mayor tradición de participación de la comunidad principalmente de áreas urbanas, y cuentan con mayor accesibilidad a pesar de la dispersión y heterogeneidad geográfica.

- A pesar de las nuevas experiencias en la presentación de los planes de salud, el hecho de no intervenir directamente en su elaboración, podría influir en el poco interés de la población que no se siente involucrada desde el inicio en el plan, que lo considera "tema del médico" sobre el cual, en el mejor de los casos, se le informa.

Esto no indica que exista indiferencia frente al hecho de contar con un establecimiento de salud en su comunidad. Todo lo contrario: es un caro anhelo comunal, pero no identifican la salud como un problema comunitario que puede ser atendido por ellos.

También es necesario precisar sobre este tema, que lo que ellos anhelan es el establecimiento, pues en general desconocen la existencia del CLAS, confundiendo la actuación de éste, con las mejoras hechas en los establecimientos.

Objetivo 3:

Evaluar los mecanismos de gestión de los recursos humanos, físicos y sobretodo financieros de los CLAS en las diferentes regiones del país.

En las zonas visitadas encontramos algunas condiciones que facilitan la promoción y gestión de los CLAS:

- En primer lugar es necesario mencionar el impulso del personal del MINSA en esta tarea. Ya hemos mencionado anteriormente que el compromiso e interés de los médicos de la Sub-Región y de los establecimientos vinculados a los CLAS, es pieza clave para el desarrollo de los mismos.
- Lo anterior se vincula estrechamente con la capacidad que tenga la Sub-Región en términos de recursos humanos y de asignación presupuestaria. En Tacna, donde cuentan con un equipo de cuatro personas especialmente dedicado a apoyar la gestión de los CLAS, se perciben desarrollos comparativamente mejores que en otros departamentos.
- También el hecho de que una sola persona concentre la administración de los tres Programas, permite mejor manejo de los mismos y evita competencias innecesarias entre ellos.
- Las mejores condiciones socioeconómicas de la zona donde se ubica el CLAS juega también a favor para su desarrollo, ya que ello les permite a los pobladores dedicarse a tareas que no sean directamente vinculadas a la sobrevivencia alimentaria; y a los establecimientos generar mejores recursos por ingresos propios.

Sin embargo, pensamos que, si bien esta condición favorece el desarrollo del CLAS, no es óbice para su desenvolvimiento en otras zonas con menores recursos.

1. Gestión de los Recursos Humanos: selección y capacitación del personal

De las obligaciones que según el contrato tiene el CLAS, la más importante es la de gestionar los recursos humanos, especialmente aquellos aspectos que se refieren a la adecuación del horario de atención del establecimiento, así como ha la supervisión del cumplimiento de las funciones del personal de salud.

En cuanto a la primera función, los CLAS visitados en

las tres Sub-Regiones han contratado personal asistencial nuevo o por ampliación de horarios.

El mecanismo que se sigue es el siguiente: el CLAS acuerda, generalmente a pedido del médico jefe del establecimiento, contratar o ampliar el horario del personal asistencial, dentro del marco que le permite el presupuesto autorizado. Si se trata de personal nuevo, el CLAS solicita a la Sub-Región el apoyo para reclutar dicho personal, pero finalmente son ellos quienes aprueban la contratación.

Comparativamente, en Tacna hemos encontrado mayor cantidad de personal que atiende los establecimientos de salud que en Amazonas y Ayacucho. Merece especial atención el CS de Locumba que tiene como población a su cargo, según el último censo de salud realizado el 30 de noviembre, menos de 1,000 habitantes y 19 personas laborando en el establecimiento. Los responsables del establecimiento indican que existe un porcentaje de población flotante muy elevada y gran dispersión geográfica.

La condición laboral del personal que trabaja en los CLAS visitados en las tres sub-regiones es la siguiente:

CONDICION LABORAL DEL PERSONAL ASISTENCIAL
(-En Porcentaje)

CONDICION LABORAL	CHACHAPOYAS	TACNA	AYACUCHO
Médicos:			
Nombrado	28.6	27.3	0.0
Contratado	71.4	45.5	85.7
SERUM	0.0	0.0	14.3
Odontólogos:			
Nombrado	----	31.3	12.5
Contratado	----	43.8	75.0
Por Servicios	----	0.0	12.5
Obtetrices:			
Nombrado	----	54.5	64.7
Contratado	100.0	49.9	17.7
SERUM	----	0.0	17.6
Enfermeras:			
Nombrado	60.0	30.3	41.2
Contratado	40.0	54.5	47.1
Por Servicios	0.0	0.0	11.7

Según podemos observar en el cuadro, el mecanismo de contratación de personal a través del CLAS, ha permitido contar con el aporte clave de profesionales de la salud. Especialmente

en el caso de Chachapoyas donde no se contaba con estos recursos en los establecimientos de salud visitados.

También los recursos del CLAS han servido para contratar odontólogos, con excepción de la Sub Región Chachapoyas, que en las entrevistas con los dirigentes del CLAS han aparecido como una necesidad sentida por la población. Esta situación es más clara en el caso de Ayacucho.

Respecto al personal asistencial de obstetricia y enfermería, han sido contratados, en menor medida, porque había personal nombrado por parte de las Sub-regiones.

Esta presencia y ampliación de personal ha redundado positiva y directamente en calidad de los servicios de salud que ahora se le ofertan a la población.

En estos nuevos contratos, la única fórmula para atraer a los profesionales jóvenes aún por tiempos cortos en las zonas rurales, hasta que ellos encuentren "mejores oportunidades de empleo" es la de mejorar la oferta monetaria, mediante el mecanismo de la ampliación horaria.

Esta forma de contratación se convierte para el MINSA en un instrumento de fácil manejo con mejores remuneraciones, que escapa a las negociaciones colectivas con los diferentes gremios que representan los intereses de los profesionales de la salud. Si bien este hecho no está en los objetivos que persigue el Programa de Administración Compartida, podríamos calificarlo de un beneficio residual para los cambios que se desea introducir en la Reforma Sectorial.

En lo que se refiere a la segunda función, es decir a la supervisión, actualmente no se han normado los mecanismos pertinentes. Sin embargo, es notorio que existe una presencia de la directiva interesándose por el quehacer del personal del establecimiento, lo cual garantiza en gran parte el cumplimiento de sus obligaciones, convirtiéndose en uno de los mayores logros de los CLAS: presencia y atención permanente de los profesionales de la salud en el establecimiento.

2. Gestión de los recursos físicos: local, equipos y materiales

De la visitas realizadas a las tres Sub-Regiones, se ha constatado que los establecimientos administrados por los CLAS, se encuentran en buenas condiciones, en la mayoría de los casos.

OPINION SOBRE LOS LOCALES
(En Porcentajes)

OPINION	CHACHAPOYAS	TACNA	AYACUCHO
Usuarios:			
Buenos	64.0	68.0	63.6
Regulares	24.0	20.0	27.3
Muy Buenos	12.0	12.0	9.1
Malos	0.0	0.0	0.0
Directivos:			
Buenos	49.3	48.3	11.1
Regulares	35.5	34.5	77.8
Muy Buenos	6.9	6.9	11.1
Malos	10.3	10.3	0.0
Gerentes:			
Buenos	57.1	60.0	71.4
Regulares	28.6	33.3	28.6
Muy Buenos	14.3	0.0	0.0
Malos	0.0	6.7	0.0

El resultado de las encuestas aplicadas tanto a los usuarios, como a los miembros del CLAS y a los Responsables de Establecimientos, muestran que hay un amplio porcentaje que opina que los locales se encuentran en buen estado.

Los responsables de establecimientos y los usuarios opinan de manera similar que el estado es bueno, mientras que los directivos sostienen que están en un estado regular.

La opinión de los directivos se debe a una actitud más ambiciosa de lo que ellos creen que debe ser el establecimiento, por ello la mayoría de las explicaciones que dan están relacionadas a la ampliación y mejoramiento del área de hospitalización. En tanto que el jefe del establecimiento está pensando en las normas y apreciando el volumen de la demanda y el usuario aprecia lo tangible y compara con la situación anterior, expresando una opinión menos elaborada.

OPINION SOBRE LOS EQUIPOS

OPINION	CHACHAPOYAS	TACNA	AYACUCHO
Usuarios:			
Buenos	60.0	60.0	36.4
Regulares	14.0	24.0	36.4
Muy Buenos	0.0	0.0	0.0
Malos	0.0	0.0	0.0
No sabe	17.0	16.0	27.2
Directivos:			
Buenos	60.0	69.0	22.2
Regulares	36.6	27.6	77.8
Muy Buenos	3.4	3.4	0.0
Malos	0.0	0.0	0.0
Médicos:			
Buenos	57.1	60.0	71.4
Regulares	28.6	33.3	28.6
Muy Buenos	14.3	0.0	0.0
Malos	0.0	6.7	0.0

En cuanto a la opinión de los usuarios respecto a los equipos, les resulta más difícil para contestar. Esto se explica porque el paciente normalmente no conoce cómo funciona técnicamente una máquina o equipo médico que se usa durante su consulta y, por lo tanto, no puede percibir su estado.

Llama particularmente la atención la opinión tan negativa que tienen los directivos de los CLAS de Ayacucho sobre sus equipos y locales (tan solo el 11.1% considera el equipo bueno en comparación con Tacna que el 48.3% opina que es bueno), cuando a través de la observación directa uno puede apreciar que no están en tan mal estado.

Estas respuestas dadas por los dirigentes de los CLAS de Ayacucho, puede tener varias hipótesis de respuesta: por un lado se podría explicar con la situación conflictiva y de guerra que han tenido, con lo que sienten que aún no recuperan el nivel que necesitan. Si se relacionan con otros indicadores, como la ocupación de los cargos, podríamos decir que serían la expresión de los conflictos antes mencionados con los Responsables del Establecimiento.

Para los jefes de establecimiento, las respuestas son optimistas en las tres Sub-Regiones. Esto coincide con nuestra opinión, pues percibimos que no hay diferencias tan abismales en el equipamiento con que cuentan las Sub-regiones visitadas.

Gestión de los recursos financieros: presupuestos existentes, ejecución de presupuestos y rendiciones de cuentas

En el contrato de administración que suscribe la Sub-Región de Salud y el representante del CLAS, el MINSA se compromete a proporcionar regularmente los recursos para contratos de personal, bienes, servicios y otros, necesarios para cubrir los costos de producción de los servicios de salud, previstos en el Programa y en el respectivo presupuesto anual.

También está normando que las transferencias de fondos provenientes del MINSA, sean realizadas a través del Programa 09: Salud Básica Para Todos, dentro de la Asignación Específica 04.13: Transferencias a Personas Jurídicas. Dichas transferencias deben ir directamente a una cuenta corriente que los CLAS tienen que tener abiertas para tal efecto.

Así mismo, se ha previsto que cualquier modificación del monto presupuestado, será acordada mediante la inclusión de una cláusula adicional, en razón que el MINSA no puede comprometerse a sostener una programación, pues la aprobación de los calendarios de compromisos es de competencia, por la Ley del Presupuesto, del Comité de Caja.

En este marco legal, el Programa de Salud Básica Para Todos, a través de la Oficina General de Administración (OGA), envía los recursos financieros a la Sub-Región, quien a su vez, los entrega a los CLAS, de acuerdo a la asignación que se ha determinado en el Nivel Central del MINSA.

La remisión de los fondos en las tres Sub-Regiones, en los tres primeros meses del año llegaron con retraso, pero a partir del mes de marzo esto se ha regularizado. El promedio mensual de la subvención por CLAS entre enero y octubre es de 4,175 nuevos soles para la Sub-Región de Chachapoyas, 7,778 nuevos soles para la Sub-Región de Tacna y 8,640 nuevos soles para la Sub-Región de Ayacucho.

Los criterios de asignación no son explícitos, se observa para el caso de los CLAS de Chachapoyas estos reciben el 48% respecto al promedio de transferencia que obtienen los CLAS de Ayacucho y el 54% de las sumas remitidas a los CLAS ubicados en la Sub-Región de Tacna. En consecuencia se está transfiriendo mayores recursos financieros por CLAS a la Sub-Región Tacna.

Sin embargo, hay que tener en consideración el nivel de complejidad de los establecimiento, en el caso de Chachapoyas el 100% son Puestos de Salud, en Ayacucho los Puestos de Salud representan el 14% y en Tacna son 61%.

Se ha constatado en los Comprobantes de Pago, que existe un desorden en los envíos de fondos: en una misma remisión se asigna una parte para el pago de remuneraciones de ese mes y otra para sufragar los gastos de bienes y servicios de meses anteriores.

Las rendiciones deben ser sustentadas, por documentos en original y copia de lo siguiente: factura, boleta de venta, libro de planillas, comprobante de honorarios profesionales, formularios del IPSS, SUNAT y FONAVI.

El atraso de las remisiones para remuneraciones, ocasionaría retraso en los pagos en las obligaciones al IPSS, lo que traería como consecuencia moras e intereses, que no se han considerado en el presupuesto inicial. Así como también en lo que se refiere a las retenciones, que por cuarta categoría, se tiene que transferir a la SUNAT, igualmente generan penalidades, que tampoco se han previsto. La Sub-Regiones para evitar este problema ha optado por utilizar los fondos de ingresos propios para pagar estos gastos, los mismos que son repuestos cuando llega el cheque.

Para las gestiones realizadas por el presidente o tesorero, en las que se requiere trasladarse a la sede de la Sub-Región, como son básicamente la rendición de cuentas y el recojo del Cheque, no existe homogeneidad en los procedimientos para sufragar estos gastos en movilidad, alojamiento y alimentación. En el caso de la Sub-Región de Tacna se ha determinado los montos máximos de gastos para estos rubros. En la Sub-Región de Ayacucho se ha asignado el 10% de los Ingresos Propios para atender los gastos que demande el Comité. En cambio en la Sub-región Chachapoyas, no existe ninguna disposición que permitiera cubrir estos gastos, lo que causa malestar en ellos pues muchos presidentes y tesoreros han tenido que sufragarlos con su propio peculio.

Los CLAS de las tres Sub-Regiones han entregado su rendición de cuentas del mes de setiembre. Existe retrasos en la entrega de la documentación del mes de octubre en contados casos, esto se debe a que las Sub-Regiones no les entregan la remisión de dinero sino están al día en la rendición. Sin embargo, las Sub-regiones no tienen el mismo rasero y son más permisibles cuando se refiere a los recursos de los Programas o de la propia sub-región, que remite a los establecimientos de salud por la vía ordinaria, donde se dan atrasos considerables.

De acuerdo al decreto de creación de los CLAS, estos son entidades no gubernamentales sin fines de lucro y por lo tanto la remisión de recursos financieros es una Subvención a Personas Jurídicas (Asignación Específica 4.13) y por lo tanto no es posible exigir la rendición de cuentas, sino tendría que practicarse es la supervisión y auditoría de los libros contables exigidos por ley para estas entidades.

En cuanto a los indicadores establecidos para la variable gestión, encontramos las siguientes constantes:

- En relación a la elaboración de planes de trabajo, hemos constatado que no los hacen específicamente para el CLAS, sino que apoyan el Plan Local de Salud propuesto por el Responsable del Establecimiento.

Un 60% de los directivos como promedio, manifiesta que si los hacen y se cumplen. Sin embargo, estos no figuran en ningún documento específico, ni en las actas de reunión.

Mientras tanto el 100% de los responsables de las unidades asistenciales encuestados manifestó que si elaboraba planes de trabajo, que coordina con la Sub-Región y con las principales instituciones de la comunidad. Respecto a esto hay que destacar que esto es una práctica común en el MINSA. La planificación y evaluación de sus actividades está totalmente internalizada dentro de las acciones de los médicos y el personal asistencial de cada unidad.

Quisiéramos manifestar que la experiencia en la elaboración, ejecución y evaluación de planes de trabajo, debiera ser transferidos a la comunidad, como forma de brindarles mejores herramientas para enfrentarse a la gestión de los CLAS.

- En relación a reglamento de funcionamiento, no se ha encontrado ningún CLAS que lo haya elaborado, regulando su funcionamiento por el estatuto y el contrato con el MINSA.

Esto merece un comentario especial pues el estatuto y el contrato no traducen claramente el espíritu del Programa, ni precisan las funciones que cada parte debe cumplir. Esto es una tarea pendiente que debe resolverse a muy corto plazo.

- En cuanto a si los CLAS mantienen reuniones de coordinación con otras instituciones, los encuestados manifestaron en alto porcentaje, como se puede apreciar en los informes por departamento, que si coordinan con las organizaciones e instituciones de la comunidad: Clubes de Madres, Municipio, Comedores Populares, Parroquia y otros.

Pero a la pregunta sobre la finalidad de estas reuniones, los encuestados no supieron explicar con claridad los temas tratados, ni el objetivo de las mismas. Lo cual hace suponer que estas coordinaciones no se han dado en la mayoría de los casos, o que han sido irrelevantes.

- En relación con el MINSA, las respuestas obtenidas no indican ningún problema al respecto, aunque en realidad se están refiriendo a la relación con el Responsable del Establecimiento o, en el mejor de los casos, con el Responsable del PAC en la Sub-Región.

Merece relievase el tema en Chachapoyas donde los directivos de los CLAS en un porcentaje bastante alto (41.7%) manifiestan que si es inadecuada. La razón es que en esta Sub-Región como se ha mencionado, no se les reconoce los gastos que realiza el Comité por las gestiones en la Sub-Región para entregar las rendiciones de cuenta y recoger los cheques. Sin embargo, tienen una opinión muy

favorable por el médico responsable del PAG.

- En cuanto a las actividades de difusión a la comunidad, el 100% manifestó que no las realiza, lo que indica que no es una práctica regular en su trabajo. Sin embargo, el CLAS de Natividad al promocionar las actividades con motivo del XVII aniversario del establecimiento, en la parte de atrás del volante de invitación promueven las especialidades del Centro, más no las actividades de gestión del CLAS directamente.

No existe una práctica democrática que indique a quienes ostentan cargos de representatividad en una comunidad, que sería conveniente que se les informara a sus electores sobre las acciones que están realizando y para las que fueron elegidos. Este hecho dado a nivel general, no se les puede exigir a los directivos de los CLAS.

- Sobre la realización compartida de campañas de salud encontramos que esta actividad no está incluida en las funciones y responsabilidades que les competen al CLAS. Sin embargo, todos los directivos manifiestan su apoyo incondicional al personal asistencial del establecimiento en el desarrollo de estas actividades, en las tareas que les sean solicitadas, que básicamente se vinculan a la difusión de la misma. El Censo de Salud del 30 de noviembre último ha contado con la participación activa de los directivos de los CLAS.

En cuanto a los indicadores establecidos para la variable liderazgo, que completa a las variables ya mencionadas de gestión y participación, encontramos las siguientes constantes:

- Sobre si la comunidad conoce de la existencia del CLAS, más del 80% de los directivos encuestados respondió afirmativamente, lo que contrasta con la respuesta de los usuarios de los establecimientos de salud que no saben de la existencia del CLAS. Incluso en los que respondieron afirmativamente, el 70% no pudo explicar qué era.

Esto se relaciona directamente con el hecho mencionado anteriormente de que no se han realizado campañas de promoción del CLAS, ni se difunden sus actividades, ni se entregan informes tanto de las acciones como de las cuentas en relación al dinero administrado.

- Con respecto al reconocimiento de su dirección y capacidad de ejecución de actividades de salud en beneficio de la comunidad, a la pregunta hecha a los directivos sobre si los miembros de la comunidad creen que el CLAS les ayuda a mejorar las acciones de salud, ellos manifestaron abiertamente que sí.

Sin embargo la aprobación que se expresa es para el establecimiento, más no para el CLAS propiamente dicho. Este tema se relaciona directamente con el anterior, donde

constatamos que la comunidad no conoce de la existencia del CLAS.

Objetivo 4:

Evaluar la calidad de los servicios prestados en los establecimientos de salud, de acuerdo a parámetros elaborados para el establecimiento, incorporando la perspectiva de la comunidad.

El impacto que han tenido los locales administrados por los CLAS en la atención de salud es muy significativo en las tres Sub-Regiones.

Los aspectos más importantes en el cambio de opinión que han tenido los usuarios, se refieren a la ampliación de horario y la efectiva presencia del personal asistencial, a la actual existencia de medicamentos y de menor precio que ofrecen los establecimientos.

Las medicinas generalmente las compran al PACFARM, pero a veces son más caras que PROVIDA. Sin embargo tienen dificultad en proveerse de estos medicamentos en esta institución, porque tienen que realizar la transacción en la ciudad de Lima. Se ha notado en Ayacucho que los profesionales aún tienen la idea de que los genéricos no son buenos y que para que el servicio aparezca más atractivo para el usuario debe proveerse de medicamentos comerciales.

En cuanto a los indicadores establecidos para la variable calidad de atención, encontramos las siguientes constantes:

- En relación al tipo de atención en el establecimiento de salud, los usuarios encuestados manifiestan que ésta es buena para el 100.0%. En cuanto a los directivos de los CLAS, la mayoría de los entrevistados de las tres Sub-Regiones considera que la atención en las unidades de salud es buena.

Los horarios de atención al público en las unidades asistenciales son similares, la mayoría atiende 24 horas. En lo que respecta al horario, el 100% de los directivos de CLAS respondió que eran adecuados. En cuanto a la opinión de los usuarios sobre este tema, estuvo de acuerdo en que estos eran adecuados.

Sobre la atención del médico, los entrevistados opinan que se toma su tiempo para atenderlos y lo hace con esmero, concluyendo que la atención es buena.

En cuanto al tiempo de espera entre el triaje y la consulta, se manifiesta que el tiempo de duración entre uno y otra es de 10 minutos.

- En relación al trato personal que brinda el personal de salud, manifiestan satisfacción indicando el médico que el tiempo promedio de la consulta es de 15 minutos, mientras que los usuarios expresan que los médicos no los atienden muy rápido, sino que se toman su tiempo de acuerdo a lo que el caso amerite y que reciben de parte de ellos un trato cordial.

- A la pregunta hecha a los directivos sobre si se preocupan porque el paciente sea bien atendido, el 100.0% respondió que sí. Los directivos en su mayoría afirman que si tienen mecanismos específicos que prueben que los usuarios están satisfechos con el servicio. La directiva del CLAS de Esperanza han diseñado y mimeografiado su encuesta de opinión a los usuarios del servicio.

- Sobre el indicador procedimientos clínicos usados, si entendemos por ellos lo usual, es decir, consulta, guardia, hospitalización, registros, atención quirúrgica y ginecológica, etc.; encontramos que en el 100% de los casos se cumple con ellos.

Del total de jefes de unidad asistencial, el 100% afirma que cuenta con diagnóstico de la población objetivo y el perfil epidemiológico de la población objetivo.

- En relación a satisfacción del usuario, más del 80% opina que la atención del médico es buena, lo que se relaciona estrechamente con las respuestas obtenidas para los indicadores tipo de atención y trato personal.

- Sobre la disponibilidad de medicamentos e insumos, el 100% de los entrevistados tanto médicos, como directivos del CLAS y usuarios; declaran que la farmacia está abastecida para las enfermedades de la zona y que encuentran en ella los medicamentos que les recetan. También manifestaron que, de faltar algo en stock o necesitar nuevos medicamentos, son inmediatamente abastecidos por el CLAS. Se observa en este aspecto uno de los impactos más claros de estos en la prestación del servicio asistencial.

- En relación a la infraestructura y equipamiento los usuarios respondió que el local y el equipamiento era bueno.

La mejora en la calidad de los servicios de salud en los establecimientos administrados por el CLAS debe incrementar la demanda. Si bien no ha sido parte del estudio medir este efecto, tampoco es factible realizarlo ahora porque la mayoría de CLAS todavía no cumplen un año de funcionamiento.

En opinión de los jefes de establecimiento de los centros de salud de las zonas urbano marginales de la ciudad de Tacna, en esa ciudad se ha incrementado la demanda y los usuarios están dejando de ir al Hospital Regional. Este fenómeno también puede deberse a que en la actualidad la ciudad de Tacna es muy extensa y que el usuario tenga en cuenta el costo de transporte y de tiempo y, no necesariamente, su elección se dé por cambios en la calidad del servicio.

III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Conclusiones

Para iniciar este ítem nos referiremos en primer lugar a las conclusiones específicas encontradas para cada uno de los objetivos planteados en la evaluación, para apoyarnos en ellas de manera de concluirlo con la evaluación global de los soportes y estrategias del PAC.

Objetivo 1:

Sobre el proceso de conformación de los CLAS, nos reafirmamos en que no existen diferencias significativas entre las Sub-Regiones visitadas. En todos los casos, el procedimiento seguido es el normado por el D.S. 01-94. Las diferencias sólo se han percibido en torno a los criterios usados para seleccionar a los CLAS. Es importante aquí que hagamos notar que es necesario se les deje en amplia libertad a cada zona para que elija sus criterios de acuerdo a su propia realidad.

Está claro que el impulso para la constitución de los CLAS en todos los casos ha provenido del MINSA y no ha sido una propuesta de la propia comunidad. Una excepción se ha empezado a gestar en Ayacucho que, por ejemplo de los CLAS existentes, otras comunidades han solicitado su constitución; pero esto es aún un proyecto.

Se comprueba en la práctica que en todos los casos, tanto la capacidad gerencial, como la disposición y voluntad personal que ponen los responsables de establecimientos y directivos de la Sub-Región encargados del Programa, son piezas fundamentales para el buen desarrollo del mismo.

Un elemento importante que consideramos como condición positiva en el desarrollo de los CLAS, es el hecho de que un solo directivo del MINSA concentre la administración de todos los Programas, lo que permite un uso más racional de los recursos y evita competencias innecesarias entre ellos.

A pesar del gran empeño de estos médicos, se constata también que no ha habido la suficiente capacitación y promoción del modelo lo que en algunos casos lleva la confusión de roles entre el personal asistencial, especialmente el médico jefe, y los miembros del CLAS. Aquí se tienen que tener en cuenta varios aspectos que abonan sobre la necesidad de ejecutar más acciones en este sentido: es la primera vez que la población tiene acceso al manejo de fondos públicos lo que les genera gran inseguridad y muchas incertidumbres; en algunos casos (Amazonas por ejemplo) se inician paralelamente las acciones del establecimiento de salud y del CLAS, lo que ayuda a la confusión de roles y, en el caso de Ayacucho, reinician juntos sus actividades después de haber sido cerrados o devastados por la acción del terrorismo.

Se ha indicado que el CLAS, según el estatuto modelo, puede estar constituido por 5 o 7 miembros. Sin embargo, asumimos como

válida la propuesta de Tacna en el sentido de mantener 7 miembros como número ideal para evitar irregularidades y arbitrariedades de parte de la Junta Directiva.

Sería conveniente que las asambleas fueran espacios más amplios de representación de la comunidad donde se decidieran los lineamientos generales de ejecución del Programa y se actuara como órgano de control de la Junta Directiva, reuniéndose efectivamente con una periodicidad de tres meses como lo establece el estatuto; dejándole a ésta un carácter más ejecutivo y permanente.

Objetivo 2:

La participación en la constitución del CLAS recae fundamentalmente en la Sub-Región y/o los responsables del establecimiento. No hemos encontrado participación de promotores de salud y, en cuanto a la comunidad, su participación se limita, en el mejor de los casos a la asistencia a la asamblea donde eligen a sus representantes; puesto que en muchos de ellos sólo asisten los dirigentes de la comunidad.

En la constitución de los CLAS no hay una actividad previa de promoción y sensibilización que permita a los miembros de la comunidad interesarse en sus actividades. Las asambleas no son realmente representativas de la comunidad, aunque se hayan desarrollado de manera democrática. Más bien los responsables del PAC han actuado de manera práctica convocando a los notables del pueblo y/o a los promotores del tema de la salud.

La población no percibe aún el tema de la salud como un problema comunal, ni se sienten en capacidad de actuar sobre el mismo. Tradicionalmente los médicos son reconocidos como los conocedores del tema y como personajes notables de las comunidades. Añadimos a esto el hecho de que la población asume los problemas de salud como la enfermedad propiamente dicha, más no las acciones preventivas de ella.

Contribuye a esta escasa participación de la comunidad, el bajo nivel educativo, la poca tradición de participación en los aspectos de salud y la dispersión geográfica. Estos elementos están más claramente presentes en Chachapoyas y Ayacucho, porque en Tacna hay mejores condiciones educativas, mayor tradición de participación de la comunidad principalmente de áreas urbanas, y cuentan con mayor accesibilidad a pesar de la dispersión y heterogeneidad geográfica.

A pesar de que no hay participación directa de la comunidad, no hemos encontrado ningún caso en que se manifieste desagrado o imposición del Programa. Más bien se empiezan a percibir mejoras en la atención de la salud aunque éstas no necesariamente son entendidas en relación con la gestión del CLAS.

En relación a las decisiones tomadas, encontramos que se ciñen a aquellos temas en los que el estatuto les concede la atribución, es decir las que se relacionan con la administración

del establecimiento. Los dos temas más recurrentes son la contratación de nuevo personal o la ampliación de su horario de trabajo, para, a su vez, ampliar el horario de atención a los usuarios y la compra de medicina y equipos para el establecimiento.

La idea primigenia de la gestión de la comunidad sobre el tema de la salud, ha quedado reducida a la co-administración de los recursos humanos y financieros. De hecho esta idea no está debidamente plasmada en los estatutos y demás documentos del PAC, por ejemplo en las atribuciones de los CLAS se dice en una de ellas que es "Velar por la adecuada ejecución del Programa de Salud Local y asegurar su cumplimiento"; pero, además de que es un enunciado muy general, no se establecen los mecanismos que lo hacen posible.

Inicialmente no se pensó que los CLAS sólo se dediquen a administrar los recursos de salud y a controlar al personal asistencial, sino que además de ello se involucren en los aspectos propiamente referidos a la administración de la salud. Es interesante anotar aquí la actitud del Dr. Neyra de la Sub-Región Tacna, que insta a los miembros de los CLAS a preocuparse por la vigilancia epidemiológica o el enfoque de riesgo, lo que le daría mayor amplitud a la concepción de su trabajo. Sin embargo en la práctica el mayor peso de sus actividades se relaciona con acciones netamente administrativas y de control.

A pesar de las nuevas experiencias en la presentación de los planes de salud, el hecho de no intervenir directamente en su elaboración, podría influir en el poco interés de la población que no se siente involucrada desde el inicio en el plan, que lo considera "tema del médico" sobre el cual, en el mejor de los casos, se le informa.

Debemos recalcar aquí una vez más, que los planes si se cumplen, pero aquellos elaborados por el Responsable del Establecimiento y/o su equipo, más no existen planes elaborados directamente para las actividades de los CLAS. Si es importante destacar, que desde la ejecución del PAC, los planes son elaborados de acuerdo a los requerimientos de la zona y no copiando textualmente las directivas centrales del MINSA, lo que abona a favor de un proceso de descentralización de la estructura del sector.

Esto no indica que exista indiferencia frente al hecho de contar con un establecimiento de salud en su comunidad. Todo lo contrario: es un caro anhelo comunal, pero no identifican la salud como un problema comunitario que puede ser atendido por ellos.

También es necesario precisar sobre este tema, que lo que ellos anhelan es el establecimiento, pues en general desconocen la existencia del CLAS, confundiendo la actuación de éste, con las mejoras hechas en los establecimientos.

Objetivo 3:

1. Gestión de los Recursos Humanos: selección y capacitación del personal

Una de las conclusiones importantes del estudio es que el PAC ha permitido revitalizar la calidad de la atención primaria en salud, en primer lugar mediante la contratación de nuevo personal o la ampliación del ya existente. Casos como el de Chachapoyas que tenían CS o PS que nunca habían contado con profesionales de salud, o Ayacucho que los había perdido por acción de la subversión, han recibido el aporte clave de estos profesionales. El cuadro de contratación de nuevo personal, a través de la gestión del CLAS, que presentamos en el capítulo anterior demuestra el alto porcentaje de contratos por esta modalidad en las zonas visitadas.

Este hecho ha significado también que el sector salud encuentre en la ampliación horaria un mecanismo para mejorar la oferta monetaria a sus profesionales, que se convierte en un instrumento de fácil manejo, el mismo que escapa a las negociaciones colectivas con los gremios que representan los intereses de los profesionales de salud. Si bien éste no es uno de los objetivos que persigue el Programa de Administración Compartida, podríamos de calificarlo de un beneficio residual a los mecanismos que desea introducir la Reforma Sectorial.

A pesar de que no se han normado los mecanismos pertinentes para la supervisión de los profesionales de parte del CLAS, es uno de los logros del Programa que, debido al interés constante de la directiva, se obtenga la presencia permanente de los responsables del establecimiento en cada uno de ellos. Es claramente resaltado por los usuarios entrevistados el hecho de contar en la actualidad con la presencia de médicos y personal asistencial durante todo el día y, en algunos de los casos, las 24 horas. Relievamos aquí la necesidad de contar en el corto plazo con normas más claras en relación a este tema.

Esto también guarda relación con el hecho de que los usuarios de los servicios de salud perciben que los médicos actualmente los tratan bien y son mejores profesionalmente.

2. Gestión de los recursos físicos: local, equipos y materiales

En todos los CLAS visitados se constata en primer lugar el buen estado en que se encuentran tanto los locales como los equipos. Esto se debe a dos causas fundamentales: en primer lugar a una inyección de recursos que dió el PAC al iniciar el programa, ya se en dinero efectivo o en apoyo vía FONCODES para la construcción de locales; pero también a que una de las principales gestiones realizadas por el CLAS se ha centrado en el mantenimiento de los mismos.

Después de la contratación de personal y la adquisición de medicinas, los locales y equipos han sido una preocupación

importante para ellos.

3. Gestión de los recursos financieros, presupuestos existentes, ejecución de presupuestos y rendiciones de cuentas.

Hemos constatado en todos los casos que existe demora en la transferencia de partidas para los CLAS, lo que les origina problemas en el pago de planillas y con las obligaciones contraídas con IPSS y SUNAT. Todos los CLAS han solucionado temporalmente el problema del pago de impuestos con la utilización de sus ingresos por recursos propios, pero los pagos de remuneraciones quedan pendientes lo que genera malestar en el personal.

Lo anterior se relaciona con otro hecho también reiterado: hay desorden en los comprobantes encontrándose en uno mismo pagos de sueldos del mes correspondiente, junto con remesas de bienes y servicios de meses anteriores.

Los criterios de asignación de los recursos para cada una de las sub-regiones no está claro. Sería recomendable que se establecieran directivas claras al respecto desde el equipo central del PAC.

El mecanismo administrativo les exige que rindan cuentas antes de entregarles la siguiente remesa. En los CLAS de las tres Sub-Regionales entregan su rendición de cuentas con regularidad. Hay que destacar el hecho de que la OGA les presenta a los CLAS mayores exigencias que a sus propios equipos con quienes son más permisibles cuando se refiere a los recursos de los Programas o de la propia sub-región, donde se dan atrasos considerables en las rendiciones.

De acuerdo al decreto de creación de los CLAS, estos son entidades no gubernamentales sin fines de lucro y por lo tanto la remisión de recursos financieros es una subvención a Personas Jurídicas (Asignación Específica 4.13) y por lo tanto no es posible exigir la rendición de cuentas, sino tendría que practicarse la supervisión y auditoria de los libros contables exigidos por ley para estas entidades.

Estas dificultades detectadas en las visitas realizadas, se debe a la falta de difusión de las normas que emanan del Equipo Central del PAC. Sin embargo esto es entendible, porque no cuenta con recursos suficientes para realizar sus funciones, el personal en el equipo central es tan solo de tres personas, lo que dificulta la funciones de difusión de las normas.

Lo que sí queda claro es que los CLAS están en capacidad y posibilidad de administrar sus fondos. Esto indica que los responsables de los establecimientos no interfieren en esta atribución del CLAS, aunque en Ayacucho mencionan que ello no es realmente administrar porque su labor se limita a la firma de cheques y a recibir los informes de las actividades que realiza el médico. Relacionamos este tema con lo mencionado anteriormente

en la variable participación: las actividades administrativas y de otro tipo que deben realizar los miembros del CLAS no están claramente traducidas en las normas del PAC.

Objetivo 4:

1. Calidad de los servicios prestados en los establecimientos de salud

El impacto que han tenido los locales administrados por los CLAS en la atención de salud es muy significativo en las tres Sub-Regiones.

Los aspectos más importantes en el cambio de opinión que han tenido los usuarios, se refieren a la ampliación de horario y la efectiva presencia del personal asistencial, a la actual existencia de medicamentos y de menor precio que ofrecen los establecimientos.

En relación al tipo de atención en el establecimiento de salud, los usuarios encuestados manifiestan que ésta es buena para el 100.0%. En cuanto a los directivos de los CLAS, la mayoría de los entrevistados de las tres Sub-Regiones considera que la atención en las unidades de salud es buena.

Los horarios de atención al público en las unidades asistenciales son similares, la mayoría atiende 24 horas. En lo que respecta al horario, el 100% de los directivos de CLAS y los usuarios opinan estos eran adecuados.

Sobre la disponibilidad de medicamentos e insumos, constatamos que la farmacia está abastecida para las enfermedades de la zona y que encuentran en ella los medicamentos que les recetan. También pudimos observar que, de faltar algo en stock o necesitar nuevos medicamentos, son inmediatamente abastecidos por el CLAS. Se observa en este aspecto uno de los impactos más claros de estos en la prestación del servicio asistencial.

Hemos podido comprobar, que gracias a la acción del PAC, en cuanto a la contratación del personal, ya no se aprecian diferencias claras entre un CS y un PS. Estos últimos ya cuentan con médicos responsables y tienen áreas de hospitalización en muchos casos.

2. Análisis de la producción de los establecimientos, a nivel de los servicios intra y extra murales

De los establecimientos visitados en los tres departamentos, los jefes de establecimiento opinaron que se había incrementado los niveles de atención especialmente de aquellos servicios que responden a la demanda. Las causas de esta mejora, se debían principalmente a la ampliación horaria; en segundo lugar como es el caso de la Sub-Región de Chachapoyas, es la presencia permanente de un médico en los establecimientos visitados; en tercer lugar el abastecimiento adecuado de medicamentos en la

farmacia; y en cuarto lugar la mejor estado de la infraestructura y los equipos.

De acuerdo a los reportes de producción de los CLAS de la Sub-Región de Ayacucho, el incremento del número de atendidos en el primer semestre de 1,995 en comparación con el mismo periodo del año de 1,994, se ha producido un crecimiento muy significativo en el Centro de Salud de Carmen Alto (186%), el Centro de Salud San Juan Bautista (148%) y el Centro de Salud Quinua (546%). El mejoramiento del nivel de producción de los servicios de salud, no es solamente por la presencia de los CLAS, sino a otras causas, que como en el caso de Ayacucho, se debe al proceso de pacificación, al incremento de los recursos presupuestarios que se orientan al primer nivel del sistema de salud, es decir a los centros y puestos de salud del país.

Sin embargo, este incremento en la producción de los servicios que responden a la demanda y los programas (por ejemplo inmunizaciones), no es posible separar en forma cuantitativa ni analíticamente el aporte que le corresponde a las distintas causas, entre ellas evidentemente el efecto de los CLAS.

También se indagó sobre los cambios producidos en la producción de los servicios intra como extra murales, las respuestas de los jefes de los establecimientos fueron unánimes, al declarar que se había incrementado las actividades extra murales, como visitas domiciliarias, charlas en la comunidad, especialmente dirigidas a los colegios y club de madres.

En el caso de las actividades extra murales, el sistema de registro tiene dificultades, como es el HIS, que está diseñado, para levantar información de aspectos curativos y para reportar información al nivel central, especialmente a los Programas Nacionales. Por esta razón es muy difícil comparar cuantitativamente una mejora en la producción, pues se trata de unidades de medida más complejas, como por ejemplo charlas, que pueden tener diferente duración y distinto número de participantes.

Conclusiones Finales

1. Respecto a los soportes fundamentales del Programa podemos concluir lo siguiente:

- Sobre la participación organizada de la comunidad, pensamos que ésta se da de manera indirecta en el mejor de los casos, eligiendo a sus representantes para el CLAS. Luego de esta elección no hay intervención directa en la administración y gestión del CLAS: ni ellos preguntan, ni reciben informes al respecto.
- Si nos referimos a la descentralización de los servicios de salud, pensamos que en este campo se ha dado un gran avance. El hecho de elaborar planes de trabajo de acuerdo a los requerimientos y necesidades de su zona y no de acuerdo a directivas generales del MINSA; o la administración compartida de los recursos del Estado de parte de la comunidad, son pruebas de que se ha avanzado en este campo; aunque reconocemos que aún hay mucho trabajo por hacer.
- Respecto a la administración de los centros de salud de parte del CLAS, también tiene avances significativos, aunque consideramos que el hecho de que el médico sea el gerente del establecimiento restringe, en la práctica, la actuación de los miembros de la directiva. En el caso de Ayacucho este problema ha sido expuesto explícitamente.
- En relación a la revitalización institucional de los CS y PS y al reforzamiento de los recursos humanos en los mismos, no tenemos dudas en afirmar que esto ha sido uno de los aportes fundamentales del PAC. Se perciben claramente mejoras en la atención primaria en salud.

En relación a la estrategia pensada para el Programa, se ha podido comprobar que su primer componente referido a la inversión en el primer nivel de salud ha sido cumplido en todos los casos, revitalizándose de manera significativa los CS y PS.

Sin embargo, el segundo punto de la estrategia, es decir la inversión en zonas más pobres y de menor desarrollo, no ha sido cumplido a cabalidad, pues se han instalado los CLAS en comunidades donde existía cierto nivel de desarrollo, lo que le permite no tener que dedicarse únicamente a las actividades directamente de sobrevivencia y poder atender otras demandas de la población.

2. Perspectivas

Las conclusiones finales del estudio realizado en las tres zonas mencionadas nos indican que, aunque hay aún mucho trabajo por delante, son grandes las mejoras obtenidas en la calidad y cantidad de coberturas de los establecimientos de salud administrados por el CLAS.

Las relaciones de trabajo que se han dado entre los miembros del CLAS y los del Equipo de Salud del establecimiento han sido bastante buenas, a pesar de las resistencias naturales al inicio, que se han ido superando conforme avanzaba el Programa.

Nos queda claro que en los establecimientos se percibe una sensación de esperanza y mejora en torno a la administración de salud que ahora tienen. Este hecho es más claramente perceptible en zonas alejadas.

Las personas a nivel local han demostrado que tienen soluciones racionales y efectivas para resolver los problemas de su entorno, las cuales son bastante mejores que cuando son impuestas desde arriba, sin conocimiento cabal de la zona.

Los objetivos planteados desde Lima, deben considerarse como pautas generales y no como obligaciones rígidas que anulen las priorizaciones que hagan los CLAS y que están contempladas en sus Planes Locales de Trabajo, los mismos que se basan en la cooperación entre la comunidad y el Equipo de Salud del Establecimiento.

El Censo de Salud realizado el 30 de noviembre de 1995, arroja resultados claros para cada una de las zonas de trabajo que difieren de los manejados desde la administración central y del propio Censo Nacional de Población de 1993. Los datos allí encontrados deben ser la base real para los Planes Locales de Trabajo. Ello permitirá conocer en el futuro la forma en que los servicios están llegando realmente a la población necesitada.

Planteamos también que todos los Programas implementados por el MINSA deben ser complementarios y cohesionarse entre sí de manera de evitar competencias y despilfarro de recursos de manera innecesaria.

De las tres visitas realizadas (Amazonas, Ayacucho y Tacna), deducimos que hay claras diferencias sobre la expansión, desarrollo y calidad de los servicios de los CLAS en cada una de ellas. Esto nos indica que la réplica a nivel nacional debe darse y se dará de manera diferenciada.

Tacna muestra un desarrollo rápido y coherente de los CLAS, contando con un gran apoyo de los directivos de la Sub-Región. Encontramos que todos los establecimientos de salud, sean éstos ubicados en la costa o sierra del departamento, presentan mejoras a partir de la administración de los CLAS.

Amazonas presenta un desarrollo bastante elevado si se toma en cuenta su precariedad geográfica, social, económica y política. Se percibe desarrollo en la atención primaria en salud en zonas en las que hasta hace un año no llegaba ningún médico.

Ayacucho es el departamento con menor expansión de esta actividad, pero si se toma en cuenta la difícil situación que han vivido en los últimos años, podemos considerar que también tienen perspectivas de desarrollo.

En este contexto pensamos que el Programa debe ser continuado y expandido en la medida de las posibilidades que brinda el MINSA, desde la Oficina Central y en las respectivas Sub-Regiones.

A pesar de las diferencias entre los departamentos y de la necesidad perentoria de tomar en cuenta las condiciones y necesidades de cada zona, la experiencia demuestra que es posible proyectarse a nivel nacional.

En esta primera etapa de trabajo y con criterios previamente definidos se seleccionaron los establecimientos más representativos de la comunidad para experimentar el modelo de los CLAS con ellos. Se ha transitado entonces por un período de aprendizaje para los CLAS.

Las experiencias desarrolladas este año pueden servir de base y ejemplo para las que se creen a partir de ahora, es decir los miembros de los CLAS en ejercicio pueden ser "capacitadores" de futuros miembros de otros CLAS. Diversas experiencias comunitarias realizadas en el Perú y otros países, tanto en el campo de la salud como en otras áreas, demuestran que es una de las maneras más efectivas de transmitir experiencias y conocimientos. Sería recomendable tener previstos recursos para llevar a cabo esta actividad.

Los diferentes Programas desarrollados a nivel de la salud demuestran que se está llegando a los más desposeídos. El avance en los CLAS durante este año de ejercicio demuestra que es posible continuar y complementarse con otros Programas tanto de Salud como de desarrollo

En la mayoría de los países se ha construido gran infraestructura y se implementan programas verticales. La experiencia desarrollada en los CLAS con participación comunitaria es pionera a nivel de Latino América y, bien desarrollada, puede colocar al Perú en una posición de liderazgo en la región.

Recomendaciones

1. Bases para un modelo de organización

Conceptos Básicos del Programa

El modelo de gestión de la salud de primer nivel, debe basarse en la equidad, descentralización, solidaridad, atención integral y participación.

Para ello mantenemos como conceptos básicos generales los siguientes:

- Promover la descentralización del sector salud que, considerando la heterogeneidad del país, favorezca un acceso igualitario a la toma de decisiones.
- Fomentar la participación organizada de la comunidad en la gestión de la salud. Esta no debe darse únicamente en la administración de los recursos financieros del CLAS, sino en un manejo más integral del problema de la salud que incluya aspectos preventivo promocionales y curativos.
- Asegurar la distribución equitativa de los fondos del sector salud, permitiendo el acceso a todos los sectores de la población y no sólo a aquellos con mejores recursos.
- Proseguir con la mejora y reforzamiento de los locales, equipos y servicios que privilegie a los establecimientos de atención primaria en salud.

Financiamiento de la Propuesta

El modelo de co-gestión del Programa, debe basarse en el financiamiento para el cumplimiento de metas previamente establecidas en los planes locales de salud, los cuales deben ser elaborados de acuerdo a las condiciones de cada zona. Esta financiación por metas incentiva la calidad de la prestación de los servicios de salud y permite controlar el nivel de salud de la población.

Los diferentes modelos para financiar estas nuevas propuestas han sido experimentados en otros países. Aquellos que se basan en la facturación según un arancel predeterminado, como el que fue usado en Chile, han tenido problemas en su ejecución y actualmente los están modificando. El más importante de ellos es que este modelo tiende a incentivar las acciones de carácter curativo, ya que tienen valores arancelarios mayores. Por lo tanto el modelo introduce efectos perversos en el sistema de salud, como son el divorcio entre financiamiento y las metas y resultados esperados. Mediante esta modalidad el mecanismo de asignación de recursos no contribuye a mejorar el nivel de salud de la población.

Además, un modelo curativo, tiende a incrementar el nivel global del gasto en salud, y por ello pone en riesgo su financiamiento, dentro de una política macroeconómica antiflacionaria como la aplicada actualmente en el Perú, que desea ofrecer claras señales a los diferentes agentes de la economía de mostrar una política hacendaria de equilibrio presupuestal.

El Modelo de co-gestión de los CLAS, tiene mayores posibilidades de extenderse en aquellas zonas en donde el único ofertante de servicios de salud es el MINSA, en la medida que el Estado debe asegurar los servicios de salud a la población, mientras que en otras zonas se hace inasasario la presencia de est como productor y financiador de los servicios de salud, zonas en donde se desarrollaría otras formas de gestión, en la que el Estado no participaría como productor de servicios.

Estrategia

Para poner en marcha el modelo que pretende ampliar y extender la actual experiencia de los CLAS, se deben alcanzar los objetivos de manera gradual, para lo cual se requiere una estrategia de puesta en marcha por etapas.

Es necesario profundizar y ampliar el Modelo de Cogestión, para lo cual previamente se requiere información de costos, de nuevos sistemas de supervisión, de programación y presupuestación, que en la actualidad no existen o están en proceso de ejecución, pero que el MINSA cuenta con los recursos financieros para desarrollarlos.

En la actualidad el MINSA está en una coyuntura favorable para la ejecución de nuevas propuestas en la medida que está recibiendo importante apoyo, reembolsable y no reembolsable, de la cooperación internacional. Igualmente la tranquilidad política y la mejora en el campo económico son elementos importantes que abonan sobre la posibilidad de implementar este proyecto en el país.

La experiencia desarrollada el último año es otro punto que posibilita la ejecución de mejoras en el modelo, porque ya se conocen los procesos en la formación, constitución y gestión concreta.

Aspectos Operativos

- Promover la convergencia programática de los servicios del sector que supere la fragmentación existente actualmente, para mejorar las acciones preventivo promocionales, de recuperación y rehabilitación de la salud y hacer más eficiente el uso de recursos.

En la actualidad las transferencias llegan a los establecimientos de salud por diversas vías o partidas:

presupuesto central, sub-región, programas, PAC. Esto no permite que se tenga un manejo integral y coherente del problema de la salud. Para ello es necesario, asegurar la transferencia a los CLAS en una sola partida para posibilitar una distribución racional de los recursos, sobre la base de metas integrales.

Bajo esta nueva propuesta, el CLAS administraría todos los recursos destinados al establecimiento de salud y no sólo aquellos que provienen del PAC.

- Sobre la ejecución del plan local es necesario realizar la promoción y capacitación necesaria, así como dictar las normas técnicas pertinentes, que permitan que el CLAS se involucre en la ejecución global del Plan y no sólo en sus aspectos financieros y de control.
- Establecer un Sistema de Monitoreo y Seguimiento permanentes que estimule el mejoramiento en la calidad de las prestaciones de salud. El sistema sería de responsabilidad del MINSA y en tal sentido tendría que producirse una reconversión pasando de su actual tendencia de productor de servicios directos de salud, a supervisor de la calidad de los servicios que prestan terceros.
- Estimular a los CLAS para que mejoren su gestión financiera, administrativa y técnica, en beneficio de los usuarios.
- Establecimiento de un sistema de costos técnicos, que permita discriminar las principales diferencias en relación a la población beneficiaria, accesibilidad, perfil epidemiológico y zonas geográficas.
- Reestructurar el actual sistema de programación y presupuestación del MINSA.

2. Bases para una metodología de evaluación

El modelo propuesto está basado en dar prioridad a los indicadores de participación de la comunidad, pues es la base fundamental del modelo de gestión descentralizada que se adopta con la creación de los CLAS. Para ello se requiere un análisis cualitativo en base a las visitas, en las que se aplicaría un cuestionario y entrevistas a profundidad a los personajes claves: presidente, secretario y gerente de los CLAS.

La base de la metodología de evaluación, que debe enmarcarse en el enfoque de la Planificación Estratégica, es tratar de buscar los nudos de problemas y las formas eficientes de resolverlos, más que basarse en normas inflexibles, que evalúan si los objetivos y actividades se cumplen o no, como es el caso de la metodología de evaluación de la Planificación Normativa. El empleo de un enfoque estandarizado que sólo se preocupe de

satisfacer al nivel central, sería perjudicial para el desarrollo de este modelo descentralizado.

Los aspectos que deben analizar son los siguientes:

- Indicadores de Participación
- Relación entre el CLAS y el equipo de salud
- Indicadores de Gestión
- Indicadores de Producción
- Indicadores de Equidad

Los Indicadores de Participación, medirían aspectos de conducta activa e interrelacionada entre los miembros de la comunidad para la definición, toma de decisiones, ejecución y evaluación de las actividades de los CLAS.

Indicadores

- Asistencia a reuniones.
- Que los cargos correspondientes al CLAS, estén ocupados y operativos.
- Formas de elección a los cargos (representatividad).
- Cantidad y tipo de decisiones tomadas: a través de revisión de actas del CLAS.
- Asistencia y actividad durante la ejecución de acciones de salud.
- Asistencia y actividad durante las campañas de salud.

Se realizaría en base la revisión de la documentación oficial, como por ejemplo el libro de actas, en la que se verificaría con que frecuencia se realizan las reuniones y que decisiones toman.

Los Indicadores de Gestión, tienen por objetivo analizar el logro de los objetivos y la dotación apropiada de recursos humanos, materiales y financieros utilizados.

Las actividades que contempla la Gestión son las siguientes: planificación, ejecución de actividades de salud, seguimiento y evaluación.

Capacidad para decidir sobre todas las actividades a programar y desarrollar, como también para confeccionar sus normas internas y de manejo administrativo.

Indicadores

- Plan de trabajo elaborado.
- Reglamento de funcionamiento: normas internas y de manejo administrativo aprobadas.

- Acuerdos (verbales o escritos) para la ejecución de actividades de salud, con los organismos e instituciones de la comunidad.
- Realización de trámites ante MINSA para conseguir recursos para el CLAS.
- Realización de actividades de difusión en la comunidad.
- Realización compartida de campañas de salud.

En cuanto a los Indicadores de Producción, éstos deben basarse en un Plan Local, si se quiere eliminar el anacronismo de imponer las metas desde el nivel central del MINSA, comprometiendo a la comunidad a la recolección de datos tal como ocurrió en el censo de salud realizado por los establecimientos de salud a cargo de los CLAS; así como en el análisis para el planeamiento, que con las limitaciones que se han mencionado se realizaron jornadas de evaluación y elaboración del Plan Local de Salud para el año de 1,996, entre los meses de noviembre y diciembre del año 1,995.

Respecto a los Indicadores de Equidad, deben basarse en la identificación de los más pobres y aquellos que no se atendía por causas de accesibilidad geográfica o cultural. Para lo cual los indicadores deben introducir datos sobre nivel socioeconómico y educacional para tener elementos de análisis