

18016  
S



CENTRO DE DOCUMENTACION  
"CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN"

- 5 NOV. 2001

OPS / OMS PERU

# **SALUD Y COMUNIDAD**

## **CLAS: Una experiencia compartida**

**Gladys Valle**  
**Rosario Soto**  
**Luz Marina Monteagudo**  
**Luz Espinola**  
**Abel Laurent**

**Centro Guaman Poma de Ayala**

Edita:

© Centro de Educación y Comunicación Guaman Poma de Ayala

Jr. Retiro 346

Barrio de Tawantinsuyo

Teléf.: 235931 - 236202

Email: gpoma@mail.cosapidata.com.pe

Fotografía: Adriana Peralta V.

Diagramación: Mario R. Castillo Centeno

Impresión: Tarea Asociación Gráfica Educativa

Teléf.: 424-8104 / 332-3229

Fax: 424-1582

Tiraje: 1000 ejemplares

Cusco, noviembre, 1999

Publicación realizada con la cooperación:

MEMISA MEDICUS MUNDI

CARITAS HOLANDA

# SUMARIO

PROLOGO	5
PRESENTACION	7
I. CLAS: UNA RESPUESTA A LA SITUACION DE LA SALUD EN EL PERU	11
II. LOS CLAS COMO PARTE DEL PROGRAMA DE ADMISTRACION COMPARTIDA (PAC) DEL MINISTERIO DE SALUD	13
II.1. El Programa de Administración Compartida y sus objetivos.	13
II.1.1. Concepto	13
II.1.2. Objetivos	13
II.2. Filosofía y soportes básicos	14
II.2.1. Participación de la comunidad organizada en la gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención	14
II.2.2. Descentralización	14
II.2.3. Gerencia en la gestión de los establecimientos de salud	15
II.2.4. Revitalización institucional de los puestos y centros de salud	15
II.2.5. Repotenciamiento de la calidad de los recursos humanos	15
II.3. Aspectos operativos de conformación de los CLAS	16
II.4. Compromisos del Ministerio de Salud con los CLAS	18
II.5. Financiamiento de los servicios de los centros y puestos de salud de los CLAS	19
II.6. Compromisos de los CLAS	20
III. EVALUACION DE LOS CLAS DE WANCHAQ Y SAN JERONIMO	22
III.1. Antecedentes	22
III.2. Metodología	23
III.2.1. Factores de Medición adoptados	24
III.2.2. Instrumentos de medición	25
III.3. Análisis y discusión de resultados por factores de medición	25
III.3.1. Producción de los programas de salud materno perinatal, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y planificación familiar	25
III.3.2. Calidad en los servicios de salud	30
III.3.3. Costo/eficacia de los servicios de salud	42
III.3.4. Identificación del personal con el modelo de administración	47
III.4. Conclusiones	52
III.5. Recomendaciones	54
BIBLIOGRAFIA	55



# Prologo

CENTRO DE DOCUMENTACION  
"CARLOS ENRIQUE PAZ SOLDAN"

- 5 NOV. 2001

## OPS / OMS PERU

Los Centros de Salud constituyen la primera línea de defensa del bienestar físico, mental y social de la comunidad. Sin embargo, ¿cumplen realmente este rol? o ¿creen todavía que su deber es solamente curar afecciones o sanar enfermedades?

Dentro del sistema de salud del país, la atención primaria que brindan los centros de salud requiere un cambio de filosofía, pasar del yo -personal asistencial de salud que le hago un favor a mi paciente-, al nosotros -comunidad promoviendo el trabajo intersectorial- en beneficio de la salud de todos, con personal asistencial al servicio del usuario.

Recordar que para lograr una comunidad saludable se requiere: alimentos, vivienda, educación, saneamiento, comunicaciones y recreación, que nunca podrá el sector salud lograr, trabajando en su propia isla, sin la participación de la población.

Igualmente, es necesario tener en cuenta ciertos principios básicos en la atención de salud: equidad, solidaridad, eficiencia, calidad del servicio y lograr la satisfacción del usuario.

El Programa de Acción Compartida, permite que la comunidad participe activamente en la administración de los centros de salud, queremos mostrarles los resultados obtenidos teniendo como principales indicadores, la producción de actividades y la satisfacción del usuario.

Esperamos que la información que ofrecemos pueda contribuir a la toma de decisiones de nuestras autoridades, sobre el rol que podrían tener las municipalidades de ponerse en práctica la transferencia de los centros de salud a su competencia. No creemos que deban sustituir a los comités locales de administración de salud sino brindarles apoyo y fortalecer esta nueva experiencia de participación.

Creemos que en este contexto es conveniente reflexionar que los gobiernos tienen responsabilidad en la salud de sus pueblos y la responsabilidad no se transfiere, y los gobiernos locales -los municipios- que están en cotidiano contacto con su población deben ser los más sensibles intermediarios de las necesidades y aspiraciones de su pueblo.

*Abel Laurent*



# PRESENTACION

## **Escribiendo para compartir**

Este es un documento de socialización de una experiencia. Que aspira a compartir la evaluación de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) que funcionan en los distritos de San Jerónimo y Wanchaq, Provincia y Departamento de Cusco.

Como toda experiencia de socialización, el objetivo es la construcción de un nosotros. Quienes hemos realizado la evaluación, consignamos aquí los objetivos, la metodología, las cuantificaciones, el análisis, los resultados y las conclusiones. De la evaluación de dos experiencias puntuales realizadas en dos localidades del Perú.

Sabemos que no es posible extrapolar los resultados de este estudio al conjunto de los CLAS que existen en el Departamento de Cusco, ni mucho menos a los que existen a escala nacional. Pero somos conscientes de que las lecturas de este documento, realizadas desde profesiones, actividades y contextos sociales y culturales diferentes permitirán satisfacer el objetivo que deseamos: construir el nosotros. Porque donde quiera que esté el lector, sea cual fuese su actividad, podrá confrontar sus experiencias de salud -particularmente aquellas relacionadas con los Comités Locales de Administración de Salud- con las que aquí consignamos. Y enriquecer, así, su propio quehacer al contar con una metodología sí extrapolable a otras realidades.

Lógicamente, quienes lean este documento desde la vivencia de los CLAS, encontrarán aquí constataciones y sugerencias valiosas. Herramientas para el análisis y el autoanálisis. Es la tarea de socializar una experiencia. Invitar al lector a complementar lo dicho. Y, de ser posible y necesario, contribuir a que lo diga desde su propia perspectiva.

## **Actores de una nueva experiencia**

Sabemos que existe la declaración política de impulsar una auténtica descentralización de los servicios de salud. Sabemos también que la salud no es responsabilidad exclusiva del Estado. Y particularmente en los últimos años todos hemos podido constatar que allí donde se da la participación de la población organizada, los problemas sociales -al convertirse realmente en problemas de todos- propician soluciones enriquecedoras.

Esto debe ocurrir en el ámbito de los servicios de salud. Las poblaciones deben involucrarse en sus propios problemas de salud y en sus propias soluciones. Ello significa que se abran espacios para que orgánicamente la población acceda a la administración y gestión de los Centros y Puestos de Salud. Sólo así, a través de la descentralización y la participación, será posible ir obteniendo gradualmente servicios de salud de calidad.

El Programa de Salud Básica para Todos del Ministerio de Salud y, dentro de él, el Programa de Administración Compartida (PAC) se propone que los Puestos y Centros de Salud oferten en forma oportuna y eficiente la prestación de servicios que atiendan los principales problemas de salud. La participación directa de la población organizada en la gestión de recursos humanos, económicos y materiales de los establecimientos de salud garantizará que tanto principios como acciones apunten a modificar la direccionalidad e intencionalidad del sistema de salud vigente. De la centralización a una descentralización efectiva donde la toma de decisiones a nivel local se convierta en una herramienta fundamental. El objetivo es hacer un uso más eficiente de los recursos, crear las condiciones mínimas para satisfacer las necesidades más urgentes de atención y lograr que una mayor cantidad de población tenga acceso a los servicios de salud.

En este contexto, el objetivo inmediato del PAC es repotenciar la naturaleza, gestión y servicios de los Centros y Puestos de Salud. Convertir estos establecimientos en espacios de convergencia de los esfuerzos del Estado y la sociedad civil organizada. Propiciar la participación real y responsable de la comunidad en los problemas de salud.

Por eso nacen los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS). Un CLAS es una asociación civil, sin fines de lucro, y con personería jurídica de derecho privado que se hace responsable de la administración de un establecimiento de salud. Los asuntos de salud se hacen asuntos también locales. Y en los CLAS la comunidad participa -por la fuerza de la ley y por su propia iniciativa- en asumir la responsabilidad de administrar compartidamente con el Estado dichos establecimientos.

### **¿Por qué fuimos invitados?**

En la actualidad muchos centros y puestos se encuentran ya bajo la administración de los Comités Locales de Administración de Salud. La experiencia se ha puesto en marcha. Doce de estos centros o puestos funcionan ahora en Cusco bajo la modalidad de Administración Compartida. Todos ellos con su Comité Local de Administración de Salud. En dos de estos Comités, que administran los establecimientos de salud de San Jerónimo y Wanchaq, exis-



ten representantes del Centro Guaman Poma de Ayala, invitados y elegidos entre las instituciones representativas de la comunidad.

La presencia del Centro Guaman Poma de Ayala en estos distritos no es nueva. De hecho, el Programa de Salud de nuestra institución viene desarrollando un trabajo conjunto con la comunidad de Wanchaq desde el año 1990 y con la localidad de San Jerónimo desde el año 1993. Ello motivó a que integrantes de nuestro Programa fuesen invitados a participar de los comités a solicitud de la comunidad y de los Centros de Salud. Como muestra de reconocimiento por el trabajo desarrollado en la zona.

El Centro Guaman Poma de Ayala es una organización no gubernamental que viene trabajando durante 20 años en el Departamento de Cusco. El objetivo institucional es promover el desarrollo humano y la mejora de la calidad de vida de las mayorías excluidas del sistema en la región, facilitando procesos de cambio social hacia la democratización y el fortalecimiento de la institucionalidad local. Diferentes acciones de investigación, capacitación, promoción y difusión han permitido que el Centro, durante este tiempo, haya potenciado capacidades humanas, técnicas, productivas y ambientales y haya creado espacios para -en articulación con otros actores sociales- dinamizar los procesos sociales locales, optimizar los recursos regionales y contribuir a posibilitar el desarrollo sustentable de la región. Donde el hombre andino y su diversidad cultural constituyen los actores principales.

### **Nuestros Programas y la participación de la comunidad**

Los Programas de trabajo priorizados por la institución son:

- Capacitación a microempresarios.
- Desarrollo agropecuario andino sostenible.
- Hábitat y ciudadanía.
- Estrategias de salud preventiva para la familia andina.

El Programa vinculado a la salud, del Centro Guaman Poma de Ayala, tiene como objetivo principal identificar y sistematizar la demanda de la población y promover la salud y la alimentación en la línea preventiva-promocional. Esto supone la creación de estrategias integrales de atención en colaboración con el Estado y con las comunidades locales.

De acuerdo a la filosofía institucional, se trabajan los diferentes Programas con la participación organizada de la comunidad. La atención del Centro Guaman Poma de Ayala prioriza como grupos objetivo aquellos caracterizados por una mayor vulnerabilidad. Así, se opera con pobladores de barrios y/o comunidades campesinas, siendo las familias de mayor riesgo social

aquellas con las que se trabaja conjuntamente en temas específicos como violencia familiar, alcoholismo y salud mental a través de grupos de auto ayuda.

Por considerar que la niñez es una etapa propicia para inculcar prácticas y hábitos saludables de vida, los Programas de salud contemplan siempre a este público objetivo. Como beneficiarios de los Programas, pero particularmente como agentes de promoción de salud.

La filosofía y prácticas sociales que sustentan el quehacer de los Programas de Salud del Centro, han permitido a la institución tener una información clara sobre las debilidades y fortalezas de la población en relación al tema de la salud. Ello nos llevó a participar en la experiencia de los Comités Locales de Administración de Salud, asumiéndolos como una alternativa válida para mejorar la calidad de los servicios y alcanzar cada vez más a un mayor número de beneficiarios.

Tomando en cuenta que la sistematización e investigación son líneas permanentes de reflexión que orientan y dan dirección a nuestros programas de salud, compartimos ahora con la sociedad el documento de evaluación de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) de los Distritos de Wanchaq y San Jerónimo.

Este trabajo de evaluación, realizado desde dentro de la experiencia por haber participado directamente en ella, se orienta a identificar los logros, dificultades y posibilidades que surgen como consecuencia de la transferencia a la comunidad y al personal de los establecimientos de salud -para su gestión- de los Centros y Puestos de Salud.

### **Agradecimientos**

Agradecemos al Dr. Daniel Zárate y al personal de los CLAS de Wanchaq y San Jerónimo por el apoyo brindado para la realización del presente trabajo.

Agradecemos de manera muy especial, a las Autoridades y pobladores de San Jerónimo y Wanchaq.

Asimismo, nuestro agradecimiento a MEMISA MEDICUS MUNDI Y CARITAS HOLANDA por su apoyo para la realización del presente trabajo.

# I. CLAS: Una respuesta a la situación de la salud en el Perú

Allí donde las culturas andinas habían hecho de la salud, dentro de una concepción mítico-religiosa, un elemento cotidiano inserto en el discurso de la comunidad, la visión occidental introdujo un concepto de salud separado de lo cotidiano. La salud se hizo exclusivamente acción remedial y puntual para atender un cuadro sintomatológico llamado enfermedad.

Todo esto supuso que donde la relación entre el paciente y aquel que tenía conocimientos más especializados sobre la salud transcurría -como se dijo- dentro de la cotidianeidad, la relación se hizo un artificio entre conocimientos objetivos y racionales. Un especialista que tenía acceso a ese mundo y un paciente ajeno al concepto de salud misma. El concepto de salud occidental fracturó, así, la relación yo-tú entre individuo y salud; la relación de diálogo existente fue reemplazada por la prescripción objetiva; y la población quedó sujeta, entonces, al mandato del médico.

A pesar, entonces, de que la salud fue declarada como un Derecho Humano, las costumbres culturales heredadas y las comprobaciones empíricas de quienes asistían a los establecimientos de salud, hicieron que la población en general viese al sistema oficial de salud como una institución extraña y ajena a sus intereses. Estableciéndose entre el usuario y el personal de salud estereotipos y prácticas culturales de subordinación.

La salud pasó a ser competencia exclusiva de los profesionales y ello llevó gradualmente a modelos de gestión intramuros incapaces de crear espacios para un trabajo de promoción y prevención de la salud.

La subordinación y la concepción de la salud como un Derecho a ser atendido por la sociedad en abstracto, representada por el Estado, llevaron al enfoque asistencialista de la salud.

En países de escasos recursos como el Perú y donde pervive la tradición, el sistema oficial de salud se ha mostrado insuficiente para atender a los requerimientos de la población. Esto abarca desde políticas de salud centralistas, pasando por modelos de gestión que necesariamente excluyen a la población, hasta la formación profesional de personal de salud que se circunscribe a la especialización. Y abarca también una infraestructura carente de las condiciones físicas de equipamiento y material adecuado. Si a esto sumamos

amplios sectores sociales que en nuestro país viven en situación de extrema pobreza, resulta lógico que la situación actual de la salud en el Perú sea deficitaria.

Al interior de la actual política del Ministerio de Salud, se vienen implementando diferentes Programas con el apoyo de la Cooperación Internacional, orientando su acción a sectores catalogados como de extrema pobreza o vulnerabilidad. Es decir, aquellos que muestran indicadores de una calidad de vida y de salud alarmantes. Los Programas van incorporando en su discurso aspectos que tienen que ver con la participación comunitaria en la gestión y con el trabajo preventivo-promocional como elementos centrales de una política de trabajo en salud.

Así se pretende dar respuesta al problema de la subordinación y de la concepción de la salud y de los propios sistemas de salud como elementos extraños a los intereses e injerencia de la comunidad.

Las demandas y experiencias de la propia población y la exigencia de los Organismos de Cooperación Internacional están dando forma a esta respuesta. De lo que se trata ahora es de unificar criterios, esfuerzos y recursos del Estado con los de la comunidad organizada a fin de elevar la calidad de los servicios de salud en el nivel básico. Ello implica, como es obvio, la simplificación de los sistemas administrativos del Estado y un cambio en la mentalidad de los actores de los procesos de salud.

En este contexto, deben ubicarse tanto el Programa de Administración Compartida (PAC) como sus Comités Locales de Administración de Salud (CLAS).

Lógicamente en torno a la ejecución de estos se han creado expectativas. Tanto a nivel profesional, a nivel de las organizaciones de base como en la población en general. Se espera que sucedan cambios importantes. Pero estos, por la propia inspiración de la propuesta, no ocurrirán automáticamente, sino que dependerán del grado de madurez y responsabilidad que los actores sociales vayan adquiriendo respecto a la nueva propuesta.

Cabe mencionar al respecto que, aun cuando existen esfuerzos por sacar adelante estos Programas, el sistema técnico-administrativo que tiene el Ministerio no ha logrado establecer aún los mecanismos ni la estructura adecuada que permitan metabolizar los nuevos elementos y hacerlos más enriquecedores.

## **II. Los CLAS como parte del Programa de Administración Compartida (PAC) del Ministerio de Salud**

### **II.1. El Programa de Administración Compartida y sus objetivos**

#### **II.1.1. Concepto**

El Programa de Administración Compartida (PAC) es parte de una Política Nacional de Salud que promueve orgánica y articuladamente la convergencia de esfuerzos de la comunidad organizada y el Estado, para racionalizar la administración y potenciar los recursos de los Centros y Puestos de Salud, ampliando simultáneamente su cobertura y mejorando la calidad de atención.

#### **II.1.2. Objetivos**

El PAC, constituido mediante Decreto Supremo 001-SA-94, persigue que los actuales centros y puestos de salud pasen a ser coadministrados por la comunidad, manteniendo el Ministerio de Salud la responsabilidad de asegurar el financiamiento operativo de los establecimientos.



CLAS: Una experiencia compartida

En este contexto, el PAC tiene los siguientes objetivos:

- a. Garantizar en los centros y puestos de salud a la población de manera permanente, oportuna y eficiente.
- b. Mejorar la calidad y cobertura de los servicios de Salud con criterios de equidad y responsabilidad compartida entre la parte institucional y la comunidad organizada.

El Decreto Supremo 001-SA-94 define el ámbito geográfico y la población a ser atendida por cada establecimiento de Salud que se coadministre. Define, asimismo, el presupuesto básico para un funcionamiento eficiente del establecimiento de Salud, los mecanismos de control y supervisión de los Centros y Puestos coadministrados y las modalidades de contrato o convenio con instituciones de la comunidad.

## **II.2. Filosofía y soportes básicos**

### **II.2.1. Participación de la comunidad organizada en la gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención**

Las organizaciones sociales y población en general deben asumir la responsabilidad del cuidado de la salud de sus miembros y de sí mismos. Los Puestos y Centros de Salud deben garantizar el derecho que la comunidad tiene de decidir y de tomar acciones concretas en la identificación y delimitación de la problemática de la salud, propiciándose así una participación corresponsable del Estado y de la comunidad organizada.

### **II.2.2. Descentralización**

El PAC es producto de políticas de Salud claramente definidas que -tomando en cuenta a los actores sociales locales- persiguen aumentar la capacidad de respuesta de los servicios de salud frente a los problemas de la población.

En este sentido, es importante comprender que la participación local en la gestión de los servicios de salud adquiere una dimensión nacional en el desarrollo de políticas sociales que se orientan hacia la redistribución equitativa de servicios y recursos, la democratización de las estructuras de Poder y el reconocimiento del rol rector y solidario del Estado. El Programa basa sus estrategias en la transferencia y delegación de autoridad y de responsabilidad hacia los niveles locales, reconociendo que quienes están más próximos y en

contacto más permanente con la realidad están en mejores condiciones para conocerla y plantear alternativas de solución.

### **II.2.3. Gerencia en la gestión de los establecimientos de salud**

La Administración Compartida de los Centros y Puestos de Salud requiere de cuadros técnicos imbuidos de las nuevas lógicas de gestión y de gerencia necesarias para organizar los nuevos establecimientos de salud. Y asegurar así acciones concretas que permitan materializar políticas tendientes al autosostenimiento y a la excelencia técnica. Ambos factores, unidos a la eficiencia, eficacia y efectividad, deben asegurar la prestación de servicios de salud con equidad a los usuarios.

Se hace imprescindible modificar los comportamientos administrativos vigentes que no responden a los retos de la modernidad. Es necesario avanzar de lo procedimental, rutinario y normativo hacia una nueva concepción gerencial con adecuados y oportunos sistemas de soporte y de información. Esto permitirá que la administración por objetivos se centre en la satisfacción del usuario.

### **II.2.4. Revitalización institucional de los puestos y centros de salud**

Un componente esencial del Programa de Administración Compartida es la revitalización del establecimiento de salud. Ello supone potenciar sustancialmente su infraestructura (infraestructura física, equipamiento, mobiliario y dotación de medicamentos), así como la supraestructura a través de la adopción de un modelo de atención integral de la salud que tome en consideración a la persona en su integridad y que no se limite a la enfermedad. Calidad y calidez humana, así como equidad y solidaridad, son componentes fundamentales en los procesos de revitalización institucional de los establecimientos de salud.

### **II.2.5. Repotenciamiento de la calidad de los recursos humanos**

El repotenciamiento de la calidad de los recursos humanos no puede agotarse en aspectos de capacitación. Este repotenciamiento requiere con anterioridad planificar y llevar a cabo un programa integral de desarrollo de recursos humanos, programa que debe traducirse en mejoras sustantivas en la calidad de la capacidad técnico-instrumental del personal, en su capacidad de gestión así como en mejoras en las condiciones de trabajo.



El repotenciamiento de la calidad de los recursos humanos requiere llevar a cabo un programa que se traduzca en mejoras sustantivas en la calidad del trabajo del personal de los centros y puestos de salud.

### **II.3. Aspectos operativos de conformación de los CLAS**

La alta Dirección del MINSA aprueba aquellos Centros y Puestos de Salud que participan en el PAC. Las comunidades o autoridades de salud locales plantean ante la Dirección Regional o Subregional de Salud, según corresponda, las propuestas para formar parte del PAC, y estas son elevadas al MINSA. Ambas instancias oficiales de Salud toman en consideración las experiencias o acciones comunitarias precedentes de los solicitantes.

En cada Dirección o Subdirección Regional de Salud se conformará un equipo de trabajo responsable -entre otros aspectos- de identificar y evaluar aquellos establecimientos de salud que reúnan las mejores condiciones para formar parte del PAC. Esto significa evaluar el nivel de organización, compromiso y experiencia de la comunidad y de los establecimientos de salud para participar en la gestión de actividades de salud de la comunidad: capacitar a la propia comunidad involucrada y al personal de los establecimientos identificados; capacidad para elaborar el presupuesto de necesidades de infraestructura, mobiliario, equipo e instrumental médico-quirúrgico; capacidad para determinar los requerimientos de medicamentos e insumos; así como potencialidades para establecer los bienes y servicios requeridos para la ejecución del Programa de Salud Local.



Una vez que se han identificado los establecimientos a participar en el PAC, se procede a una tarea de motivación y sensibilización cuyo público objetivo está constituido por los miembros del establecimiento de salud y por representantes de la comunidad. El objetivo es garantizar la participación de todos en la constitución del Comité Local de Administración de Salud (CLAS).

El CLAS -como se señaló- es una Asociación Civil sin fines de lucro y con personería jurídica de Derecho Privado que se hace responsable de la administración de un establecimiento de salud del nivel básico de atención. Cada CLAS está constituido por una Asamblea General y un Consejo Directivo.

La Asamblea está conformada por 5 o 7 miembros, uno de los cuales es el Jefe del establecimiento. Los otros miembros son nominados, en igual número, por la comunidad y el Estado.

Para la designación de los miembros comunales ante el CLAS, el Director Regional o Subregional de Salud, o quien lo represente, convoca a aquellas organizaciones e instituciones de la comunidad que hayan demostrado un mayor trabajo de campo en la promoción de la salud local. Entre esas organizaciones cuyo trabajo esté vinculado estrechamente con la comunidad, se elige a los representantes locales ante el CLAS.

Para la designación de los miembros del CLAS en representación del Estado, el encargado del establecimiento propone, por lo menos, a 5 representantes de instituciones o personalidades de reconocido prestigio en la comunidad. Todos ellos vinculados a actividades de salud o de desarrollo local. Las propuestas serán elevadas al Director o Subdirector Regional, quien los nombrará mediante Resolución.

Los miembros del CLAS elegidos y designados, serán convocados por el Jefe del establecimiento de salud con la finalidad de: constituir formalmente el CLAS, elegir al Consejo Directivo y aprobar tanto el Estatuto como el proyecto de contrato con el Ministerio. Un miembro que participe en un CLAS de un establecimiento de salud no puede participar en otro CLAS.

El Consejo Directivo será responsable de la inscripción del CLAS en los Registros Públicos, de coordinar con el Jefe del establecimiento la elaboración del programa de salud local y de preparar el borrador del contrato a ser firmado con el Ministerio.

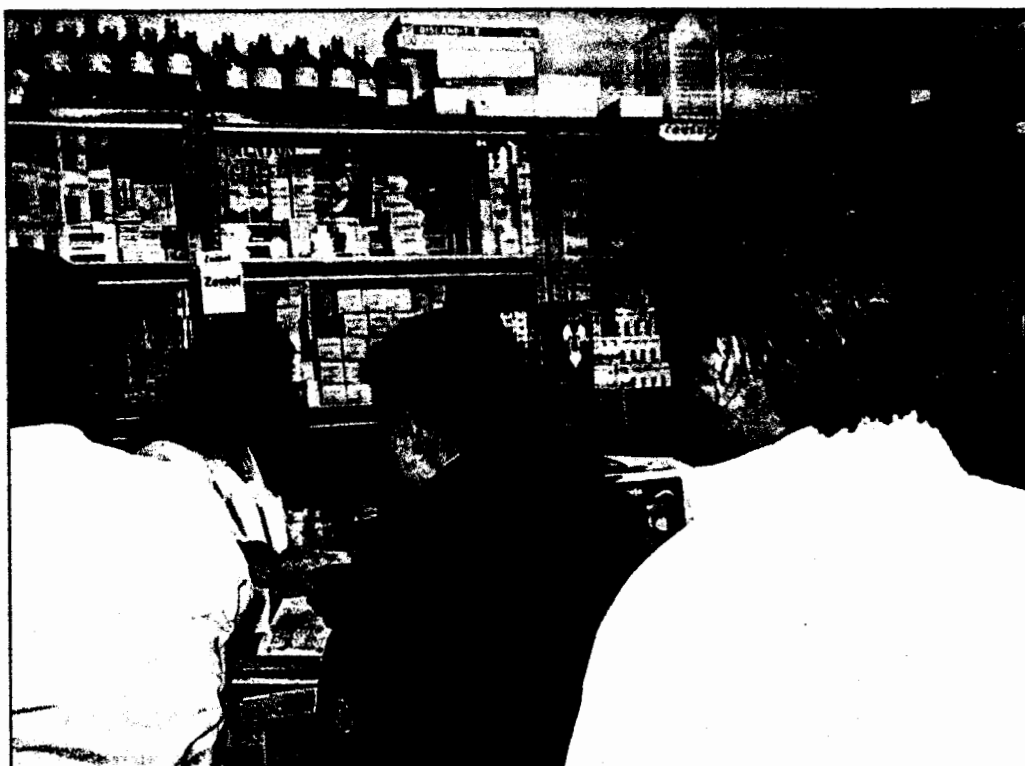
Con la opinión favorable de la Alta Dirección del MINSA, el Director o Subdirector Regional de Salud queda autorizado -en nombre del **Ministerio**- a suscribir el contrato de administración compartida con el **Presidente del CLAS**. Este contrato debe ser aprobado por Resolución **Ministerial**.

Aprobado el contrato, se da inicio formal a la administración compartida. En estas condiciones el CLAS está expedito para gestionar y recibir los recursos materiales y financieros que posibiliten el cumplimiento del Programa de Salud Local.

El cumplimiento de los objetivos y metas del Programa de Salud Local es evaluado semestralmente por la autoridad regional de salud y, de acuerdo a los resultados de esta evaluación, el contrato puede ser renovado o resuelto.

#### **II.4. Compromisos del Ministerio de Salud con los CLAS.**

- A. Proporcionar la infraestructura física adecuada, el mobiliario, equipos, medicamentos, insumos, así como la cobertura de las plazas necesarias que hagan posible el cumplimiento del Programa de Salud Local.
- B. Contribuir a mejorar la calidad de los servicios que el establecimiento ofrece, a través de la supervisión del cumplimiento de las actividades de salud programadas.



El MINSA debe proporcionar la infraestructura física adecuada, el mobiliario, equipos, medicamentos, insumos, así como la cobertura de las plazas necesarias que hagan posible el cumplimiento del Programa de Salud Local.

- C. Controlar el uso racional de los recursos financieros, bienes, materiales, equipos y otros proporcionados por el Ministerio, así como aquellos recursos que se obtengan por acción comunitaria.
- D. Formular, con el apoyo de la comunidad, el Programa de Salud Local y controlar su ejecución.
- E. Capacitar permanentemente al personal de salud en aspectos técnicos y administrativos y ofrecer una propuesta de capacitación a los miembros del CLAS.
- F. Proporcionar los instrumentos técnico-metodológicos (guías, normas, directivas) para el adecuado funcionamiento de los establecimientos de salud.
- G. Articular las acciones del establecimiento de salud a una red de servicios ofrecida por un sistema local de salud. Ello supone asegurar la implementación de sistemas de información, comunicación, referencia y contrarreferencia.

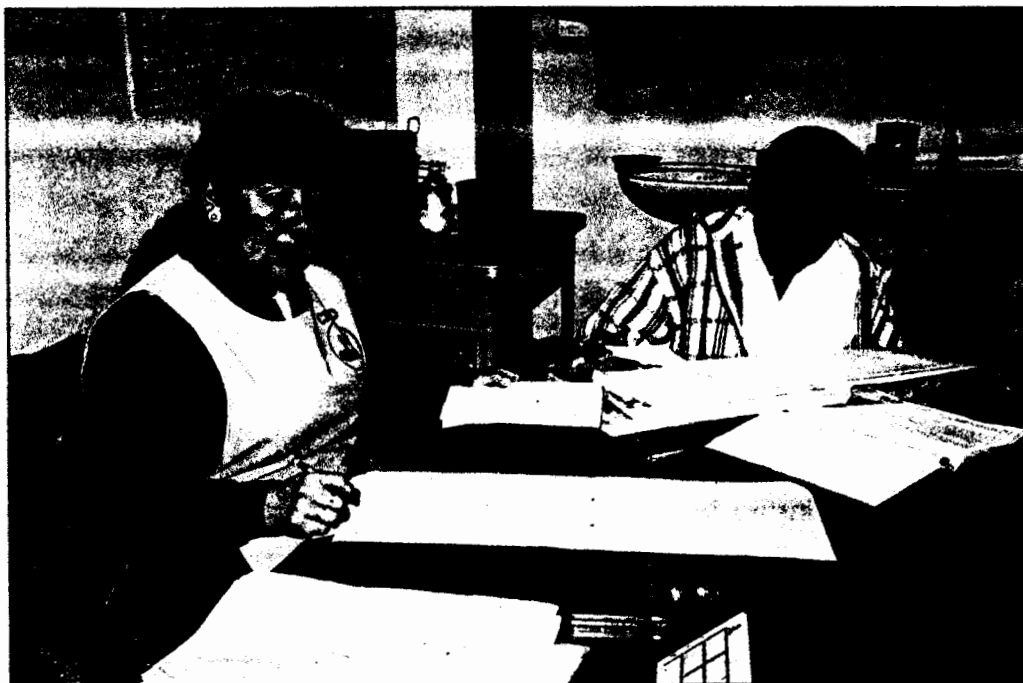
## **II.5. Financiamiento de los servicios de los centros y puestos de salud de los CLAS**

El Ministerio de Salud ha constituido el Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud cuyo objetivo es financiar la implementación de los Puestos y Centros de Salud que intervienen en esta propuesta, así como sufragar los costos de los servicios que se prestan a la comunidad. Se debe considerar como ingresos de los Centros y Puestos de Salud de los CLAS:

- Los Programas Nacionales, que proveen los insumos necesarios para el cumplimiento de las actividades de los Centros.
- Los ingresos propios derivados de atenciones médicas, otorgamiento de pases sanitarios, seguros privados y de aquellos convenios dispuestos por el CLAS para el fortalecimiento institucional.
- Los recursos que provienen de la cooperación internacional (Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, etc.) o de la cooperación nacional (ONGs, empresas, etc.).

## II.6. Compromisos de los CLAS.

- A. Velar por la adecuada ejecución del Programa de Salud Local y evaluar su cumplimiento.
- B. Organizar, ejecutar, supervisar y controlar los recursos asignados y supervisar el cumplimiento de las acciones que desarrolla el equipo de salud del establecimiento.
- C. Establecer las condiciones de gratuidad y la escala de tarifas aplicables a la prestación de los servicios, en función de las características socioeconómicas de la región y de sus pobladores.
- D. Disponer, en orden al funcionamiento del establecimiento, del total de los ingresos provenientes de la prestación de los servicios, así como aquellos originados por acciones complementarias efectuadas y por donaciones y legados. Asimismo, determinar incrementos sobre las remuneraciones, contratar personal adicional, mejorar y mantener la infraestructura física, los equipos y el mobiliario y determinar otros gastos necesarios para el cumplimiento del Programa de salud Local. Estas acciones se realizan previa coordinación y acuerdo con la Dirección o Subdirección Regionales.



Los CLAS deben identificar mediante el "enfoque de riesgo" aquellos núcleos poblacionales sujetos a atención prioritaria.

- E. Proporcionar el mantenimiento adecuado a la infraestructura, maquinaria y equipos del servicio, dentro de las normas y responsabilidades establecidas por el MINSA.
- F. Informar a la autoridad de salud correspondiente los avances en la ejecución del Programa de Salud Local y proporcionar las estadísticas que se requieran.
- G. Motivar la participación de las organizaciones públicas y privadas existentes en la comunidad en orden a la identificación priorización y solución de los problemas de salud.
- H. Acatar y ejecutar las normas técnicas y procedimientos sanitarios establecidos por el Ministerio de Salud para el ejercicio de acciones integrales.
- I. Identificar, mediante el «enfoque de riesgo» y conjuntamente con el personal técnico del establecimiento, aquellos núcleos poblacionales sujetos a atención prioritaria.



### **III. EVALUACION DE LOS CLAS DE WANCHAQ Y SAN JERONIMO**

#### **III.1. Antecedentes**

En la actualidad, vienen funcionando 12 establecimientos de salud bajo la modalidad de Administración Compartida en el ámbito de la Subregión de Salud Cusco. Estos establecimientos son:

- Centro de Salud de Anta
- Centro de Salud Ccatcca
- Centro de Salud de Chinchero
- Centro de Salud de Huancarani
- Centro de Salud de Ocongate
- Centro de Salud de Paucartambo
- Centro de Salud de Pisac
- Centro de Salud de Quiquijana
- Centro de Salud de San Jerónimo
- Centro de Salud de Ttio
- Centro de Salud de Urcos
- Centro de Salud de Wanchaq

Nueve de estos establecimientos vienen funcionando desde el mes de noviembre de 1994 y tres desde el mes de marzo de 1995.

Como hemos señalado, el Centro Guaman Poma de Ayala fue invitado a participar en los CLAS de San Jerónimo y Wanchaq. El CLAS de San Jerónimo comenzó a operar a partir del mes de noviembre de 1994 y el de Wanchaq en el mes de marzo de 1995.

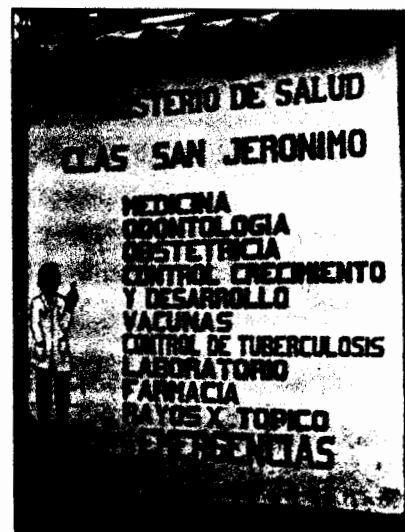
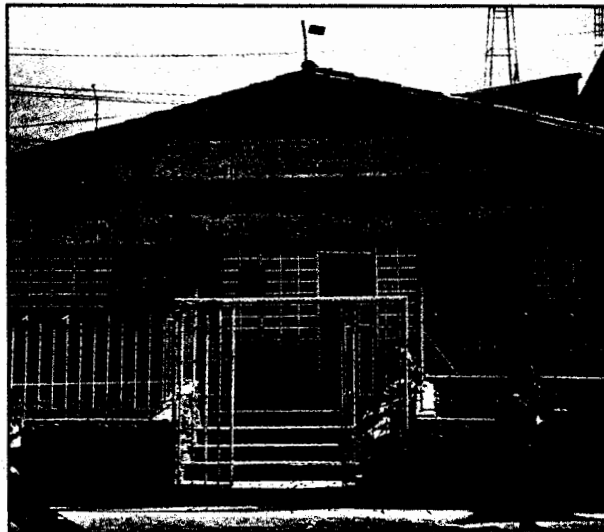
El Comité Local de Salud de San Jerónimo funciona en el Distrito de San Jerónimo, cuya población total es de 15,166 habitantes, con una población rural del 9.1%, correspondiendo la población urbana al 90.9% del total, de los cuales el 61.8% está constituido por población materno-infantil. El Distrito tiene alrededor de 39 asentamientos humanos y aproximadamente 10 comunidades campesinas. Atravesando el Distrito se encuentra el río Huatanay, que es un foco infeccioso de contaminación permanente y muchos asentamientos humanos se encuentran ubicados en su rivera. En esta

zona, el Centro de Salud es el único establecimiento que brinda este servicio. Sin embargo, a pocos kilómetros de distancia, se encuentra un hospital hacia donde parte de la población se desplaza para obtener servicios de salud.

El Comité Local de Salud de Wanchaq funciona en el Distrito que lleva el mismo nombre. La población total del Distrito es de 51,584 habitantes, de los cuales el 61% está constituido por población materno-infantil. El Distrito tiene alrededor de 60 barrios, de los cuales 10 no cuentan con un adecuado abastecimiento de servicios y se encuentran ubicados a orillas del río Huatanay. Es necesario aclarar que en el Distrito de Wanchaq funcionan dos establecimientos de salud en modalidad de CLAS (Ttio y Wanchaq). con sus respectivas postas sanitarias. Y funciona también un hospital del Seguro Social de Salud (ESSALUD) que atiende principalmente a afiliados. Mientras que la población urbana del centro comercial del Distrito y de dos comunidades es atendida por el Centro de Salud de Wanchaq, la población de la zona urbana de Ttio y zonas aledañas al río Huatanay es atendida por el CLAS de Ttio.

### III.2. Metodología

La evaluación realizada en los Distritos de San Jerónimo y Wanchaq tiene por objetivo visualizar diferencias -en términos de producción de actividades de salud- entre el modelo tradicional y la actual gestión basada en la administración compartida. Aun cuando en la realización de la evaluación se ha trabajado con información referida a la gestión tradicional de confiabilidad variable por su falta de organicidad (y este hecho se acentúa en la búsqueda de datos correspondientes a años anteriores) se ha logrado garantizar el cumplimiento del objetivo tomando especial cuidado en la elección de los factores e instrumentos de medición.



CLAS: Una experiencia compartida

### **III.2.1. Factores de medición adoptados**

El análisis que presentamos en este documento ha sido realizado teniendo en cuenta la medición de cuatro factores.

A. Producción de los Programas de Salud Materno Perinatal, Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones y Planificación Familiar.

Este factor está relacionado con el cumplimiento de algunas acciones de salud, traducidas en el avance o magnitud de las coberturas de los Programas de Salud referidos a la población materno-infantil. Considerando que este público objetivo es alto en ambos Distritos, la relevancia de este factor se asume como alta.

B. Calidad de los Servicios de Salud

Este factor recoge la percepción de los usuarios en relación a los servicios. Se pretende determinar el nivel de satisfacción de los usuarios ante la prestación de los servicios de salud recibidos.

C. Costo/Eficacia de los Servicios de Salud.

Este factor ha supuesto un análisis elemental de los costos implícitos de los servicios materno-infantiles, buscando a partir de allí determinar el grado de eficiencia en orden a dichos costos. Se tomaron en cuenta los costos recurrentes, definidos como recursos que tienen vida útil menor o igual que un año (personal, medicamentos, combustibles, entre otros).





#### D. Identificación del Personal con el Modelo de Administración.

A partir de una determinación de los sistemas organizativos y de las relaciones internas existentes en cada CLAS, este factor incide en la percepción que tienen los trabajadores de los establecimientos estudiados con relación al Programa de Administración Compartida. Esta percepción constituye una forma de medición del nivel de identificación de los trabajadores con los Objetivos del Programa.

### **III.2.2. Instrumentos de medición**

Con la finalidad de garantizar la máxima confiabilidad en la obtención y procesamiento de la información requerida en orden a los factores a ser medidos, los instrumentos de medición adoptados han sido:

- a. Encuestas destinadas a los usuarios de los servicios en general, a los miembros del Comité y al personal de los establecimientos. En dichas encuestas se recogen opiniones acerca de la participación de la gente y del funcionamiento de los CLAS. Han sido aplicadas 100 encuestas al azar en cada establecimiento, con un error estándar (EE) +/- 8% con intervalo de confianza (IC) al 95%.
- b. Recolección sistemática de datos estadísticos y técnico administrativos de cada establecimiento. Estos datos han sido recolectados por años a fin de establecer una relación de resultados antes de la gestión de los CLAS y posterior a ella.

Para el procesamiento y análisis de la información se ha utilizado el paquete estadístico EPI Info 6.0, material bibliográfico pertinente y documentos institucionales, entre otros.

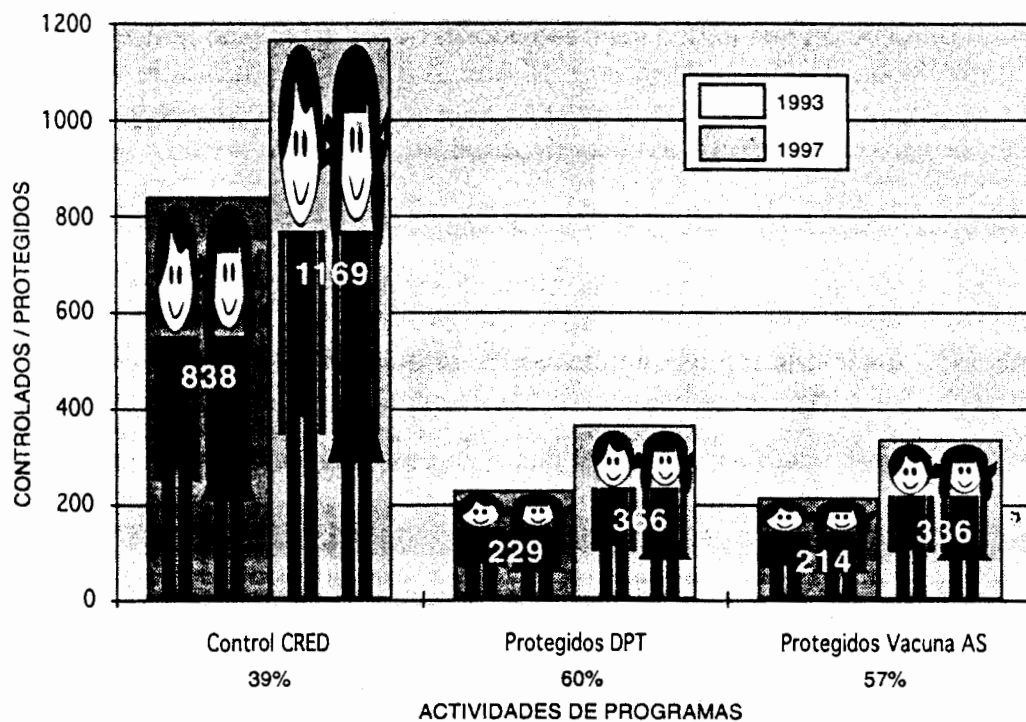
### **III.3 Análisis y discusión de resultados por factores de medición.**

#### **III.3.1. Producción de los programas de salud materno perinatal, crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y planificación familiar**

Para analizar los programas infantiles se eligió la cobertura y el número de protegidos por vacunas DPT, así como la cobertura y número de controlados en crecimiento y desarrollo. Para los programas materno perinatal y de planificación familiar, se eligió la cobertura y número de gestantes de bajo riesgo obstétrico controladas, así como el número de las usuarias de métodos de planificación familiar.

## PROGRAMAS SALUD DEL NIÑO CLAS SAN JERÓNIMO

Gráfico N° 1



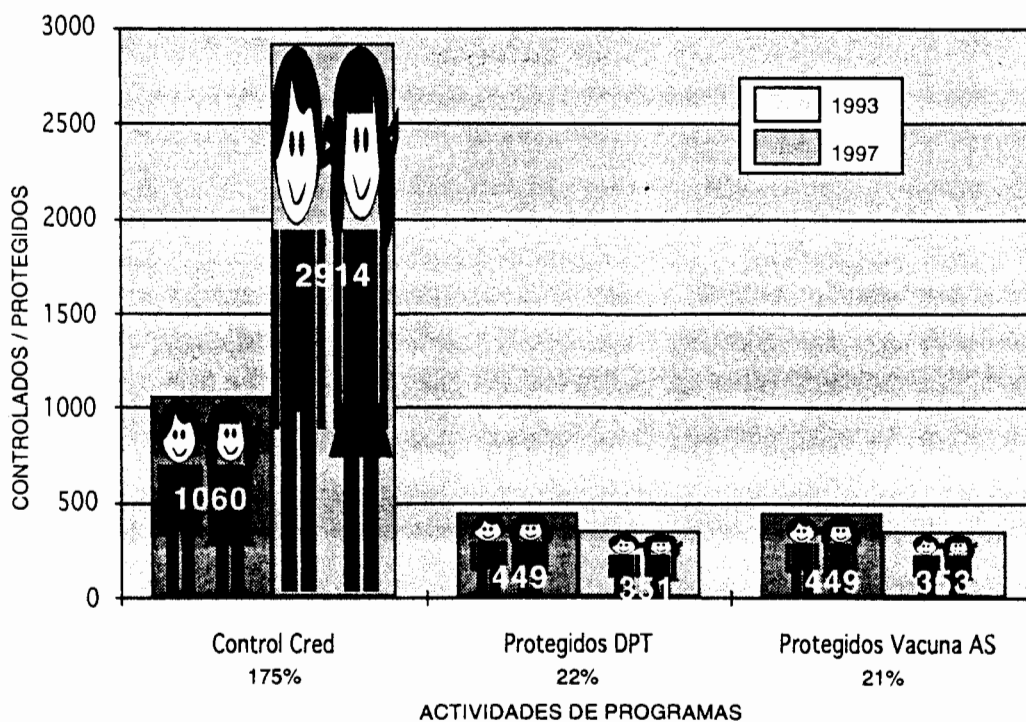
Fuente: Ficha de investigación.

En el CLAS de San Jerónimo se observa un incremento del 39% en el número de niños controlados en crecimiento y desarrollo, un 60% de protegidos para DPT y un 57% de protegidos con vacuna antisarampionosa, comparando los años 1993 y 1997.



## PROGRAMAS SALUD DEL NIÑO CLAS WANCHAQ

Gráfico N° 2



Fuente: Informe de evaluación anual.

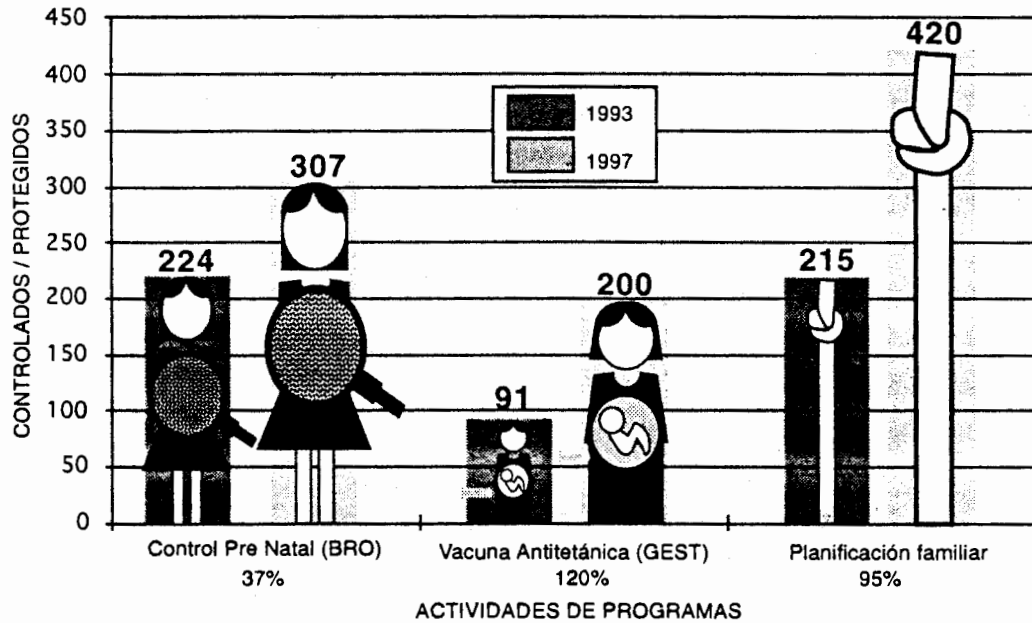
En el CLAS de Wanchaq, comparando también los años 1993 y 1997, se observa un incremento en las atenciones de crecimiento y desarrollo en el orden del 175%, una disminución del 22% de protegidos para el DPT y del 21% de protegidos por vacuna antisarampionosa.

El aumento marcado de las atenciones de crecimiento y desarrollo (CRED) entre 1993 y 1997 en ambos CLAS puede explicarse por el hecho de que la información de 1993 sólo consigna los controles denominados CRED ampliado, siendo estos siempre sólo un pequeño porcentaje del total de los controles CRED, que sí son consignados en conjunto en 1997.

Analizando lo ocurrido con el Programa ampliado de inmunizaciones, en donde se toma como actividad trazadora a los niños protegidos con la vacuna triple (DPT), se subraya que en el CLAS de San Jerónimo se observa un incremento del número de niños protegidos, mientras que en el CLAS de Wanchaq se observa un decrecimiento.

## COBERTURA DE PROGRAMAS SALUD DE LA MUJER CLAS SAN JERÓNIMO

Gráfico N° 3



Fuente: Ficha de investigación.

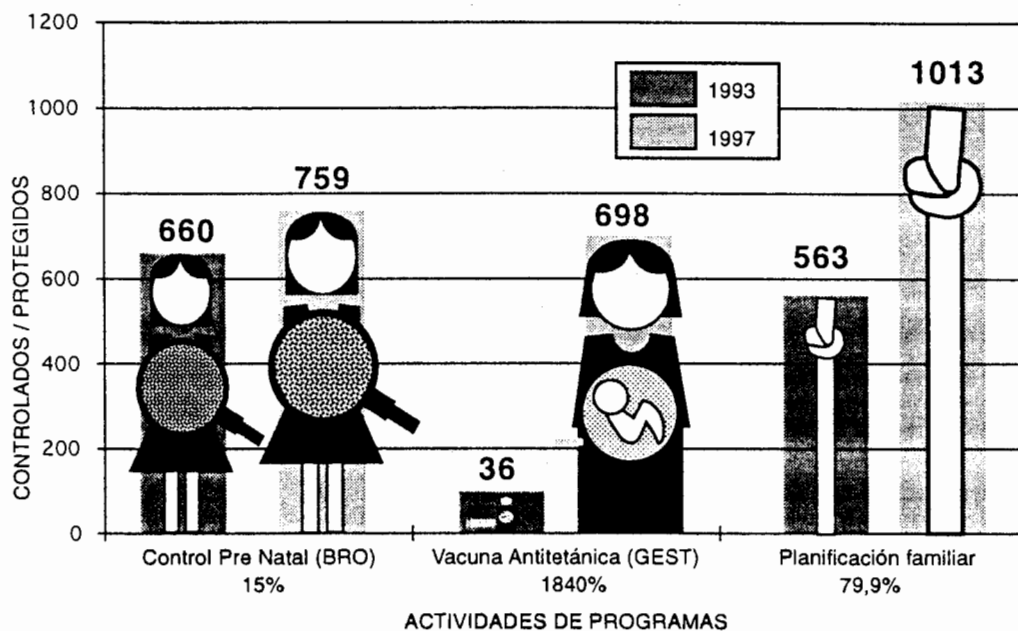
El avance de las actividades de salud de la mujer en el CLAS de San Jerónimo es uniforme para los años estudiados, evidenciándose un incremento progresivo en planificación familiar, en control pre-natal y en la ampliación de la aplicación del toxoide tetánico en gestantes.



En los programas de salud de la mujer, consideramos indispensable analizar el número de gestantes de bajo riesgo controladas. Esta actividad en San Jerónimo presenta un incremento del 37% en control prenatal, de 120% de vacunación antitetánica y 95% en planificación familiar.

## COBERTURA DE PROGRAMAS SALUD DE LA MUJER CLAS WANCHAQ

Gráfico N° 4



Fuente: Ficha de investigación.

Para las actividades del programa de la mujer se observa un incremento en las gestantes controladas de bajo riesgo, en la vacunación en gestantes y en planificación familiar.

En Wanchaq también se observa un incremento. De 15% en control prenatal, de 1840% en vacunación antitetánica y 79.9% en planificación familiar.

En lo que se refiere al número de usuarias de métodos de planificación familiar, en San Jerónimo existe un incremento -para el último año considerado- del orden del 33%. En Wanchaq el incremento alcanza casi el 90%.

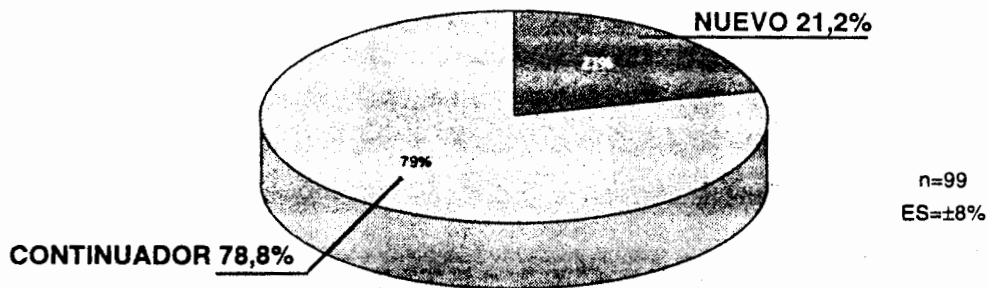
En resumen, y en lo referido a este primer factor de medición, existe una tendencia uniforme en cuanto al avance de los programas. Con la excepción de la vacunación en el caso de Wanchaq que tuvo una reprogramación de sus metas.

### III.3.2. Calidad de los servicios de salud

La evaluación de este segundo factor de medición se realizó en base a una encuesta para medir la satisfacción de los usuarios de los establecimientos de salud.

#### PACIENTES SEGÚN CONTACTO CON EL CLAS ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico Nº 5

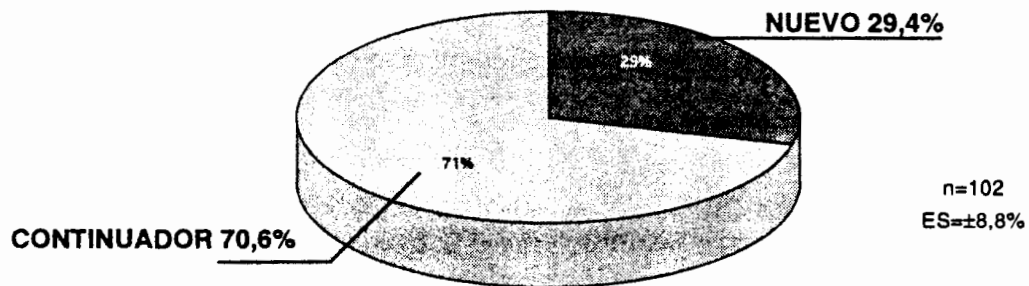


Fuente: Ficha de investigación.

Un 79% de pacientes encuestados ya habían tenido contacto previo con el establecimiento de salud, siendo sólo el 21% usuarios nuevos.

#### PACIENTES SEGÚN CONTACTO CON EL CLAS ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico Nº 6

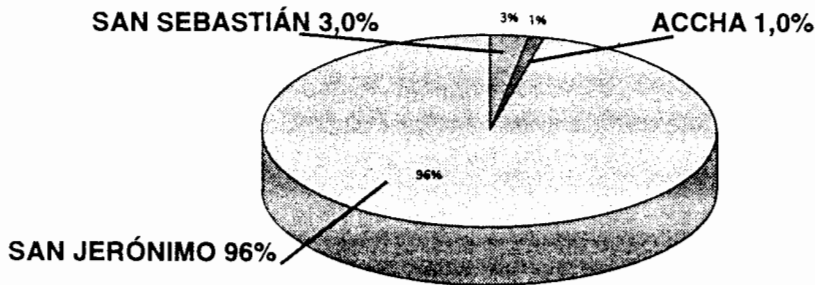


Fuente: Ficha de investigación.

Lo primero a determinar fue si los pacientes ya habían acudido o no con anterioridad al establecimiento de salud. Se observó que ambos CLAS el grueso de pacientes que asistieron el día de estudio ya habían acudido con anterioridad.

Se observó una fuerte diferencia en relación a la procedencia de los pacientes: en el CLAS San Jerónimo el 96% de pacientes provienen del mismo distrito; en el CLAS de Wanchaq, sólo un 35% son del mismo distrito. Esto se explica por la ubicación céntrica del CLAS de Wanchaq y su cercanía a terminales de empresas de transportes.

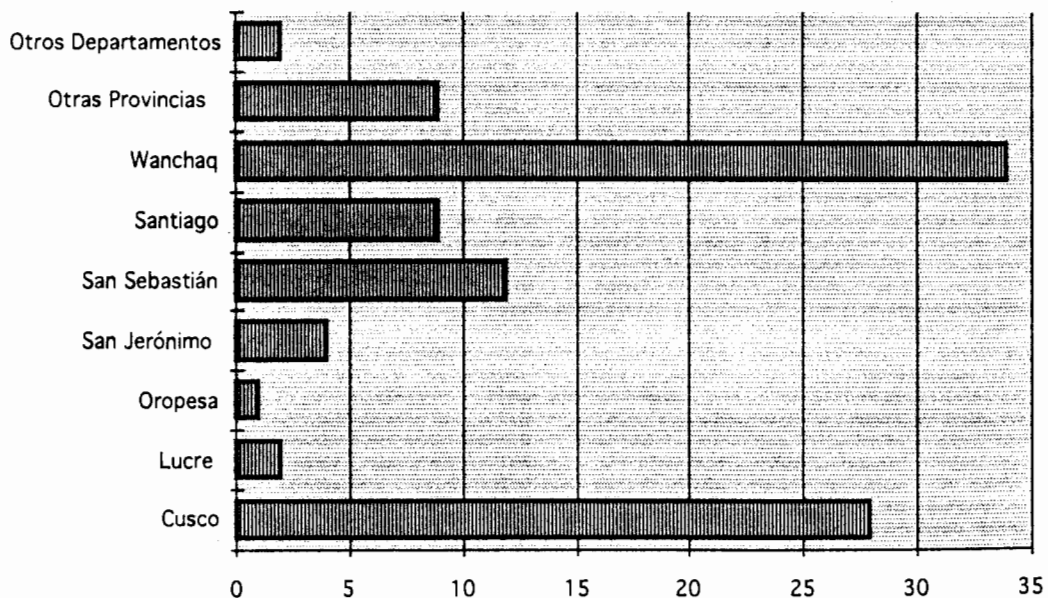
**PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA  
ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997**  
Gráfico N° 7



Fuente: Ficha de investigación.

Sólo el 4% de usuarios encuestados proceden de zonas diferentes a la de San Jerónimo, siendo un mayoritario 96% perteneciente al mismo distrito.

**PACIENTES SEGÚN PROCEDENCIA  
ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997**  
Gráfico N° 8



Fuente: Ficha de investigación.

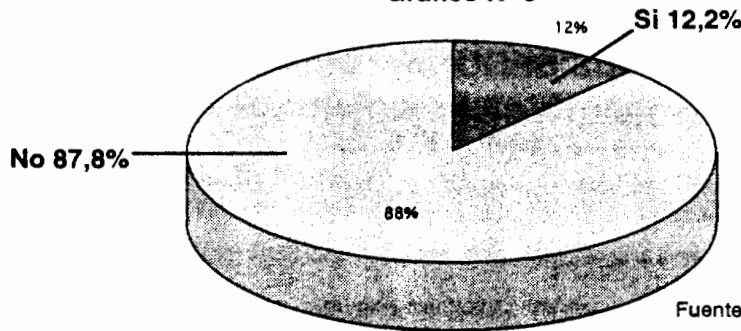
Del total de usuarios estudiados aproximadamente la tercera parte (35%) proceden del mismo distrito, y un 53% de los otros distritos de la provincia del Cusco.



La mayor parte de pacientes manifestó desconocer aspectos vinculados al sistema de administración de los CLAS. Esto fue más marcado en el CLAS de Wanchaq.

### CONOCIMIENTO DEL CLAS ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico N° 9

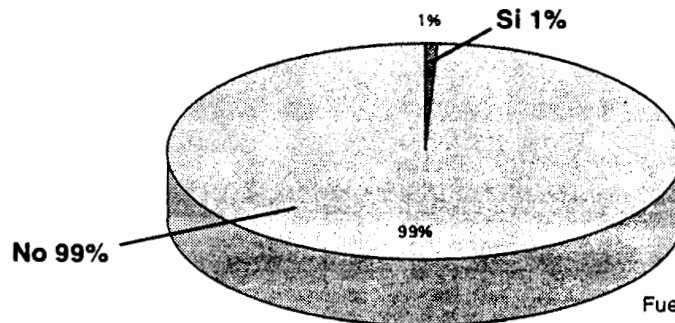


Fuente: Ficha de investigación.

12% de usuarios encuestados manifestaron conocer el Sistema de Administración del C.S. San Jerónimo.

### CONOCIMIENTO DEL CLAS ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico N° 10



Fuente: Ficha de investigación.

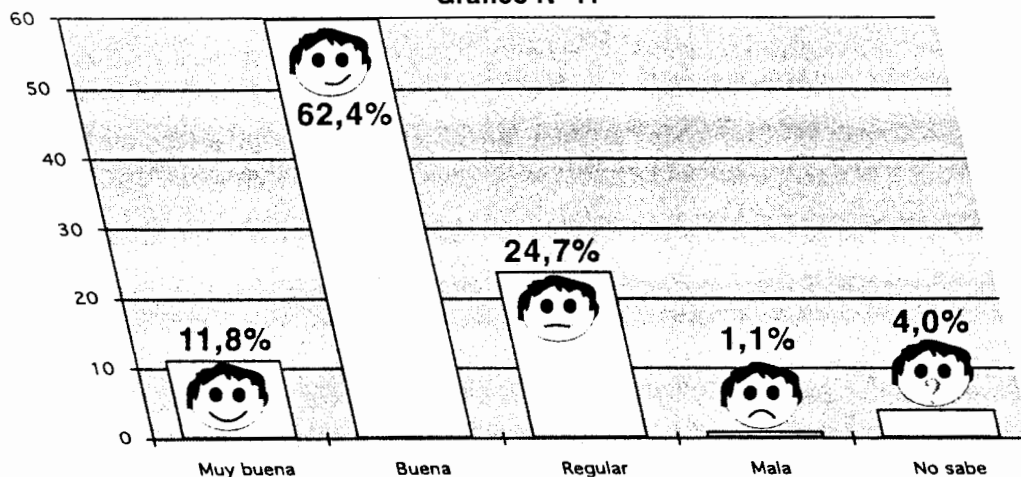
1% de usuarios encuestados manifestaron conocer el Sistema de Administración del C.S. Wanchaq.



La calidad de atención recibida fue definida como buena o muy buena en la percepción de la mayoría de los usuarios (71% en San Jerónimo y 66% en Wanchaq). Entre los factores señalados por los usuarios se menciona el trato personal, la calidad profesional de los trabajadores, la ampliación de horarios de atención y la mejor implementación de los servicios.

### CONCEPTO DEL USUARIO SOBRE LA ATENCIÓN ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico N° 11

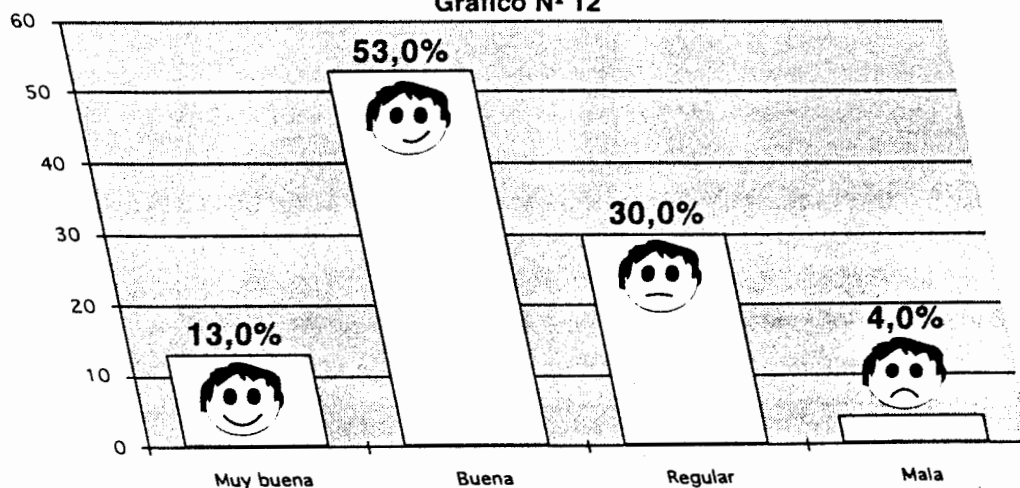


Fuente: Ficha de investigación.

La percepción de los usuarios del C.S. San Jerónimo sobre la calidad de la atención en un 74% es buena o muy buena, 24,7% regular, y un 1% es mala.

### CONCEPTO DEL USUARIO SOBRE LA ATENCIÓN ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico N° 12



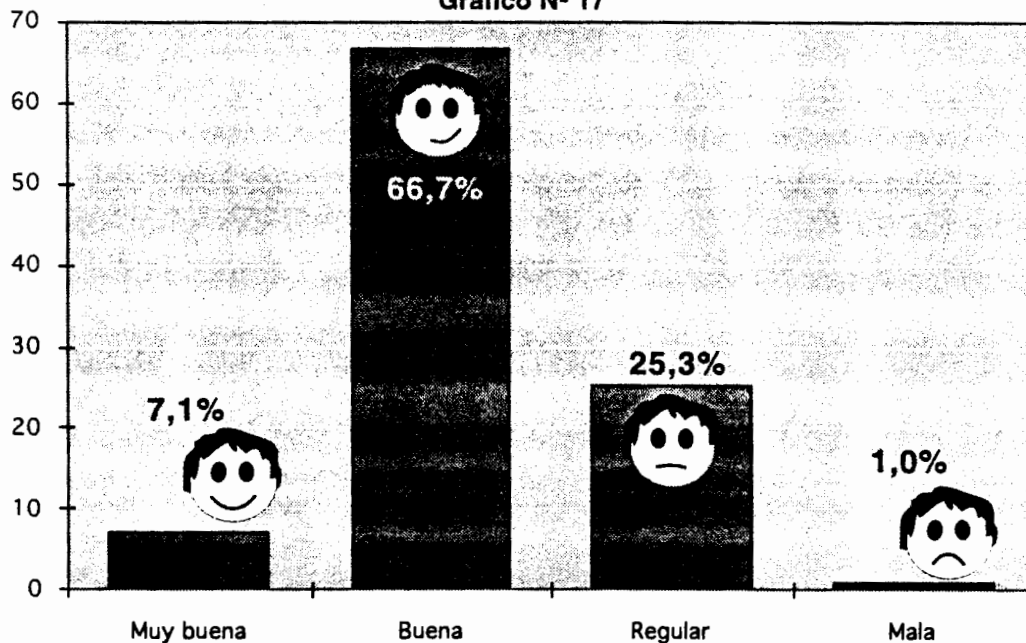
Fuente: Ficha de investigación.

Las 2/3 part es de los usuarios del C.S. Wanchaq tienen una opinión favorable sobre la calidad de la atención brindada en el establecimiento, siendo considerada regular por un 30% y mala por un 4%.

Entre el grupo que opinó que la atención fue deficiente, se señaló en San Jerónimo la demora de atención, la mala implementación y la falta de calidad profesional; en Wanchaq, la demora de atención, el maltrato por parte del personal, la mala implementación y la falta de calificación profesional.

### OPINIÓN DE TRATO PERSONAL ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico N° 17



Fuente: Ficha de investigación.

Opinión de los pacientes sobre el trato recibido posterior a la atención fue del orden de 74% para buena y muy buena, 25% regular y sólo un 1% de mala.

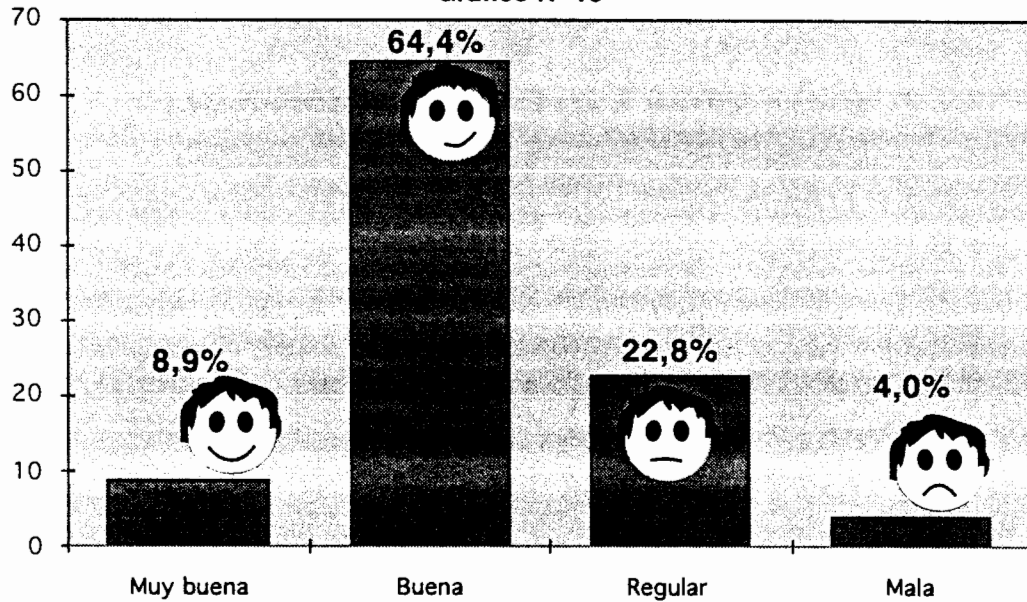


La mayoría de los usuarios encuentran positiva la atención en los CLAS, sin embargo todavía hay un porcentaje aunque mínimo de usuarios que reclaman mejor atención.

Salud y comunidad

## OPINIÓN DE TRATO PERSONAL ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico N° 18



Fuente: Ficha de investigación.

Al explorar exclusivamente el aspecto del trato personal recibido durante la atención en el C.S. Wanchaq, las 3/4 partes de los usuarios encuestados opinó que el trato fue bueno y muy bueno, 23% opinó regular y un 4% que recibió algún tipo de maltrato.

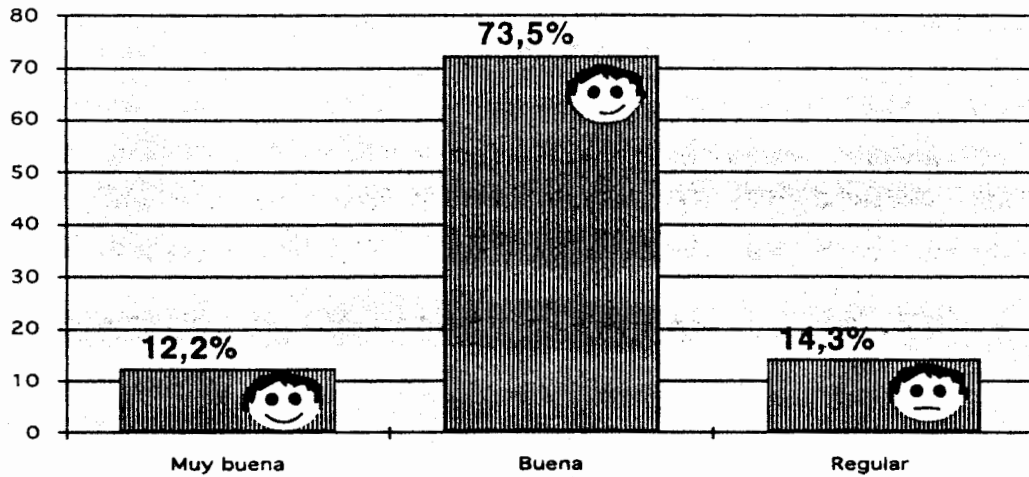


Al preguntarse sobre el trato personal por parte de los trabajadores de los establecimientos, la mayoría opinó que el trato era bueno o muy bueno (cerca al 75% en ambos establecimientos). Únicamente entre 1% (San Jerónimo) y 4% (Wanchaq) opinaron que el trato era malo.

Acerca de la calidad profesional del personal de salud, 86% (San Jerónimo) y 78% (Wanchaq) opinaron que era buena o muy buena. El 14% (San Jerónimo) y 22% (Wanchaq) la calificó como regular. No se opinó que esta era mala.

### OPINIÓN DE LA CALIDAD PROFESIONAL ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico N° 19

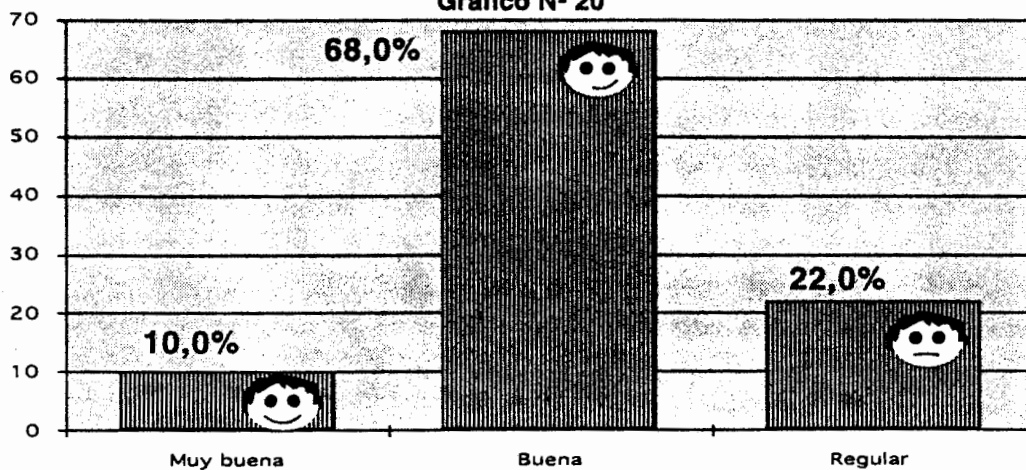


Fuente: Ficha de investigación.

Sobre la calidad profesional del personal de salud del C.S. San Jerónimo, los pacientes encuestados opinaron que esta era buena y muy buena en un 86%, y de un 14% de regular.

### OPINIÓN DE LA CALIDAD PROFESIONAL ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico N° 20



Fuente: Ficha de investigación.

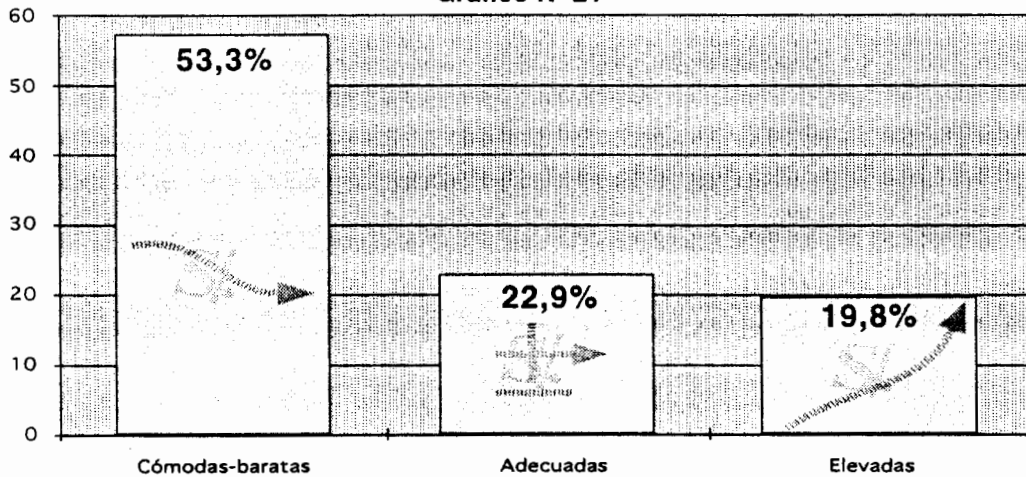
Al preguntar sobre la calidad profesional, los encuestados en un 78% opinaron que esta era buena o muy buena, 22% que era regular, no existiendo opinión sobre que esta es mala.

Sobre las tarifas de los servicios, la mayoría las identificó como cómodas o adecuadas.

Piensan que las tarifas son elevadas el 20% en San Jerónimo y el 28% en Wanchaq.

### OPINIÓN DE LAS TARIFAS ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico N° 21

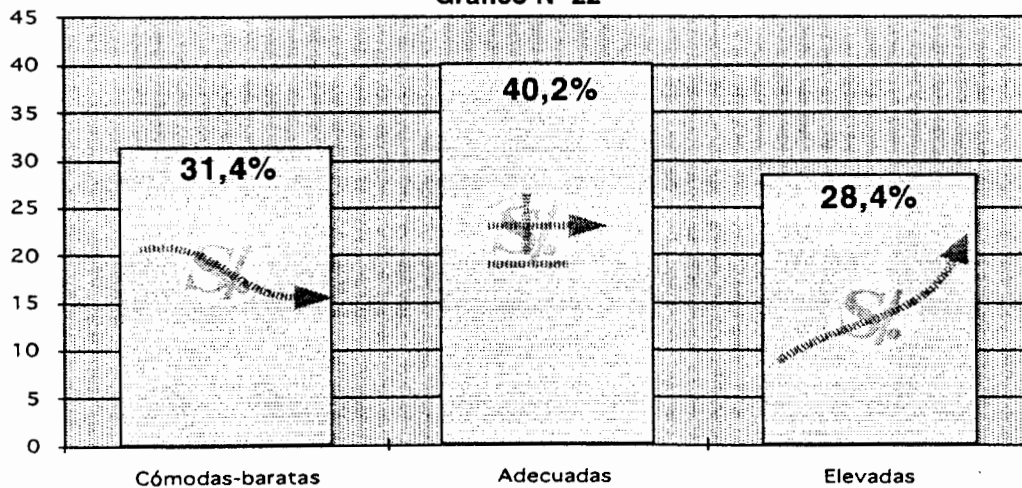


Fuente: Ficha de investigación.

Al indagar sobre la opinión de las tarifas de los servicios, el 53% de los usuarios manifestó que estas eran baratas, 23% adecuadas y un 20% que eran elevadas.

### OPINIÓN DE LAS TARIFAS ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico N° 22



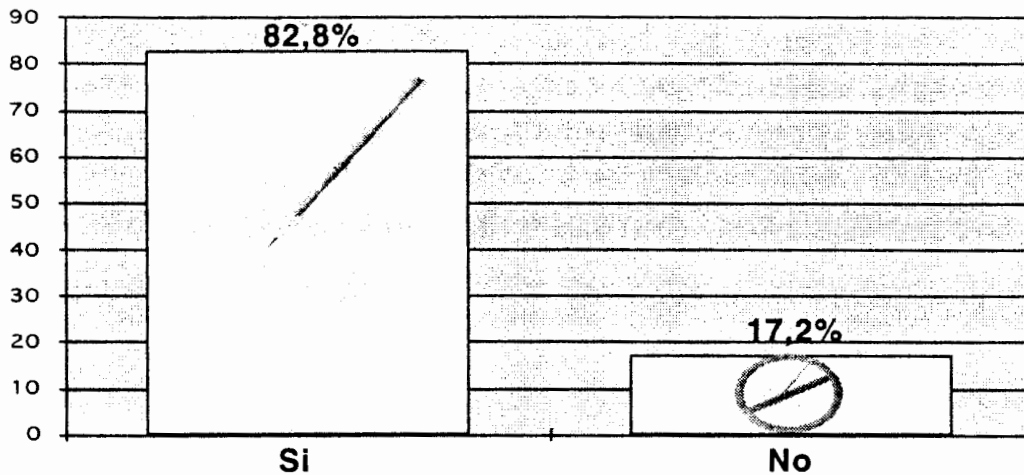
Fuente: Ficha de investigación.

El 31% de los encuestados mencionaron que las tarifas de los servicios eran cómodas, 40% adecuadas siendo sólo el 28% de opinantes los que consideraron que las tarifas eran elevadas.

Considerando a la prescripción de medicamentos como aspecto de la calidad de los servicios, a la mayor parte de encuestados se les recetó medicamentos una vez finalizada la atención de salud. A un menor porcentaje no se le prescribió fármaco alguno, probablemente por tratarse de una atención de tipo preventivo.

### PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico Nº 23

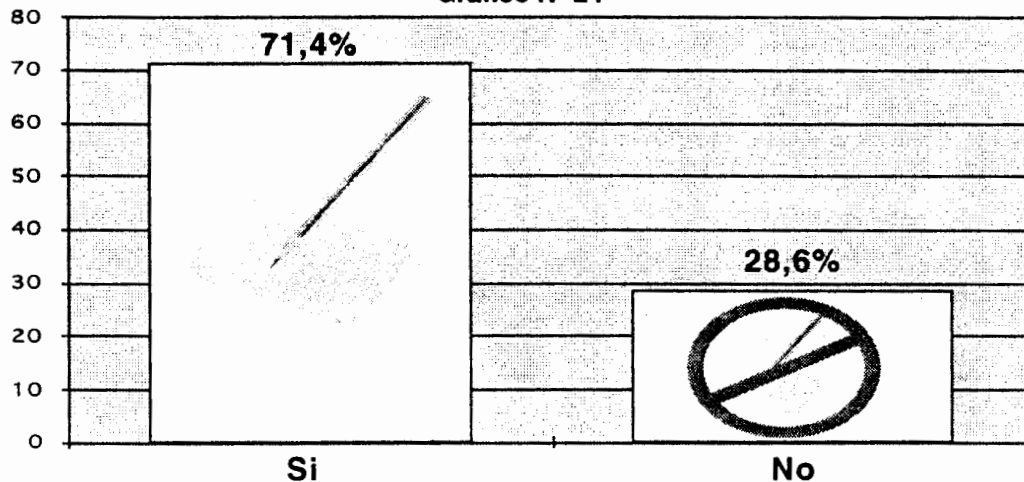


Fuente: Ficha de investigación.

Al 83% de pacientes que acudieron al C.S. de San Jerónimo, el día del estudio se le prescribió un medicamento al finalizar la atención.

### PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico Nº 24



Fuente: Ficha de investigación.

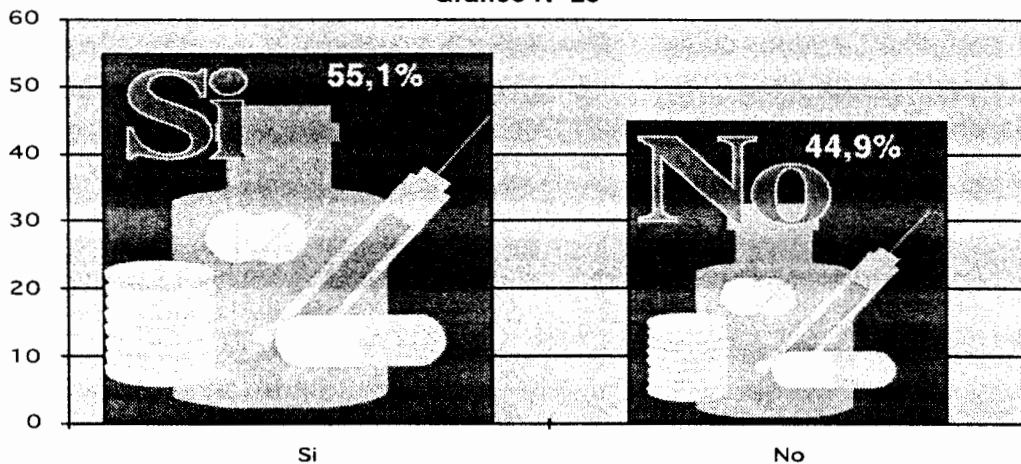
El 71% de pacientes encuestados recibieron al culminar su visita al C.S. de Wanchaq una receta médica.

En ambos CLAS, de los medicamentos prescritos sólo existía en la farmacia del establecimiento un 55%.

De esto se desprende que los profesionales de la salud muchas veces indican medicamentos no existentes en la farmacia y/o que estas no se encuentran debidamente implementadas.

### DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico Nº 25

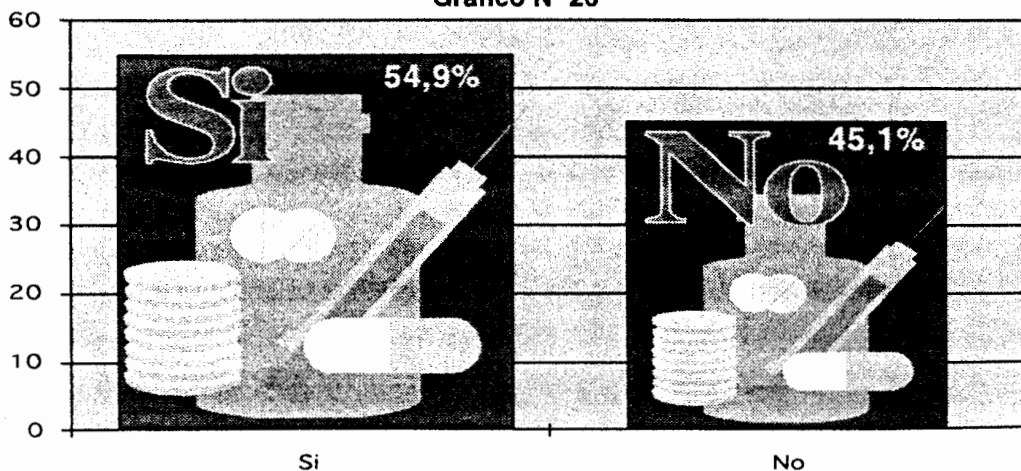


Fuente: Ficha de investigación.

Del grupo de pacientes al que se le prescribió un medicamento, un 45% no encontró en la farmacia del establecimiento el fármaco indicado.

### DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico Nº 26



Fuente: Ficha de investigación.

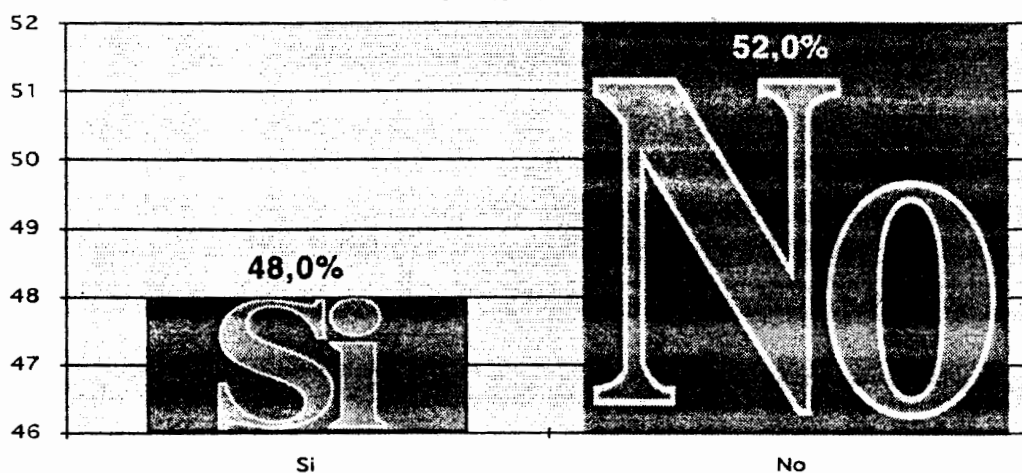
De los pacientes que recibieron una receta médica el 55% afirmaron haber encontrado el producto prescrito en la farmacia del establecimiento, y con un 45% no haberlo encontrado.

CLAS: Una experiencia compartida

Del grupo de pacientes que encontró los medicamentos en las respectivas farmacias, sólo la mitad (48% San Jerónimo, 59% Wanchaq) pudo adquirirlos finalmente.

### NIVEL DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico N° 27

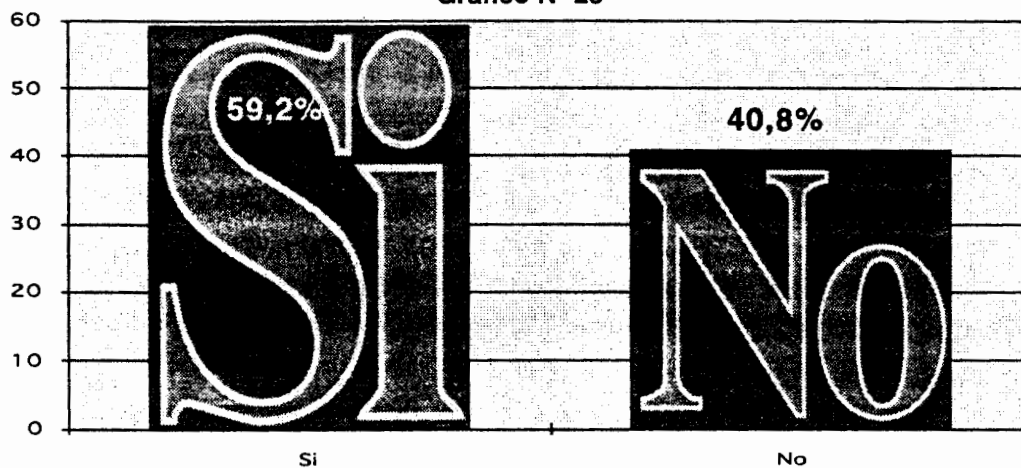


Fuente: Ficha de investigación.

De aquellos pacientes que ubicaron el medicamento prescrito en la farmacia institucional, sólo el 48% finalmente pudo o llegó a adquirirlo.

### NIVEL DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico N° 28



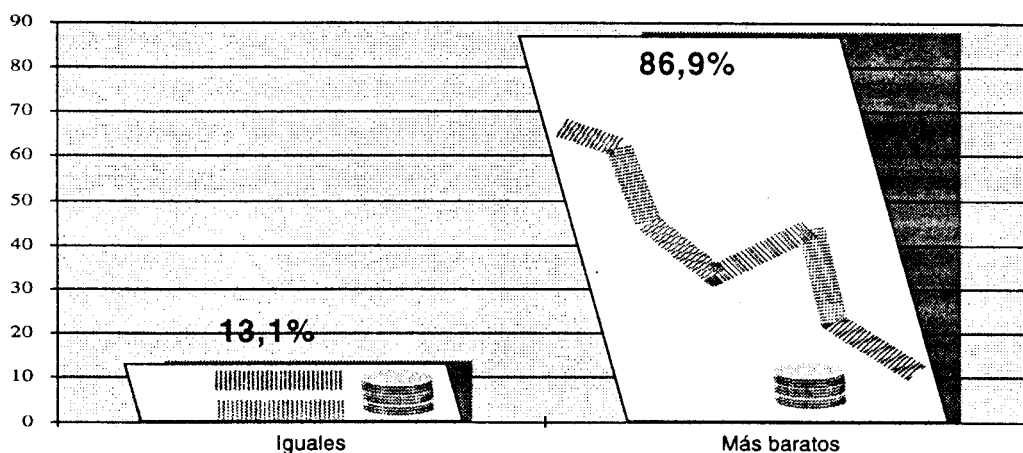
Fuente: Ficha de investigación.

Del grupo de pacientes al que se prescribió un medicamento y lo pudieron encontrar en la farmacia, sólo un 59,2% finalmente lo adquirieron.



## OPINIÓN DE LOS PRECIOS DE MEDICAMENTOS ENC. USUARIOS CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico N° 29

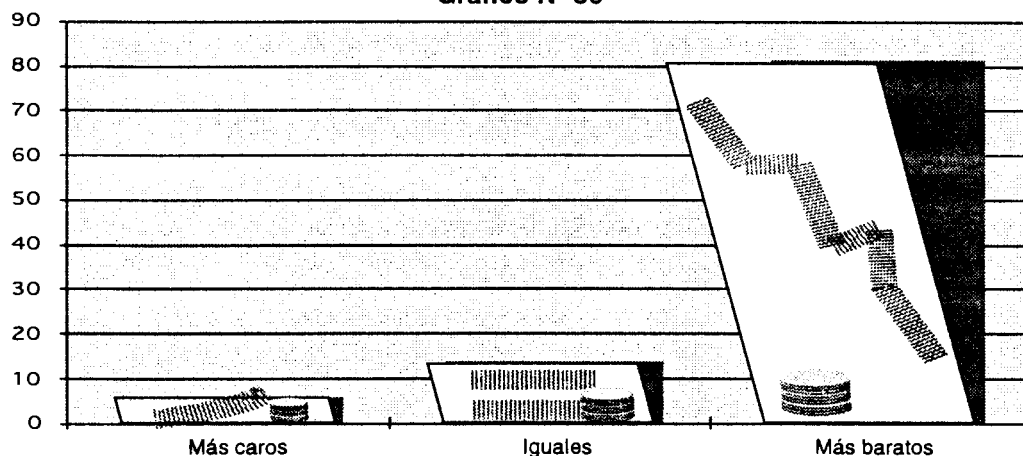


Fuente: Ficha de investigación.

Con respecto a las tarifas de los medicamentos, los usuarios opinaron en un 87% que estos eran más baratos en relación a las farmacias particulares.

## OPINIÓN DE LOS PRECIOS DE MEDICAMENTOS ENC. USUARIOS CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico N° 30



Fuente: Ficha de investigación.

Un 80,6% de los encuestados prefirieron que el costo comparativo de los medicamentos expedidos en el C.S. Wanchaq, son más baratos que en las farmacias particulares, un 13,4% que son iguales y un 6% que son más caros.

Alrededor del 90% opina que los precios de los medicamentos en las farmacias de los CLAS son más cómodos que en las farmacias particulares.

En líneas generales para ambos CLAS los resultados de esta encuesta sobre la opinión de los usuarios han sido favorables.

Entre las sugerencias que los usuarios hacen para mejorar los servicios de los CLAS podemos mencionar, en el caso de San Jerónimo, incremento de personal; mayor número de médicos (sobre todo especialistas), ampliación del horario a las noches, mayor cantidad de medicamentos en la farmacia; en el caso de Wanchaq se destaca el pedido de mayor rapidez de atención, mejor implementación de la farmacia y mejoramiento de infraestructura.

Con la salvedad notoria del nivel de difusión que tiene el Programa de Administración Compartida entre los usuarios del servicio, y comparando la encuesta actual con una semejante realizada en 1995, se evidencia, con muy ligeras diferencias, un mantenimiento del nivel de aceptación y satisfacción de los usuarios de ambos CLAS.

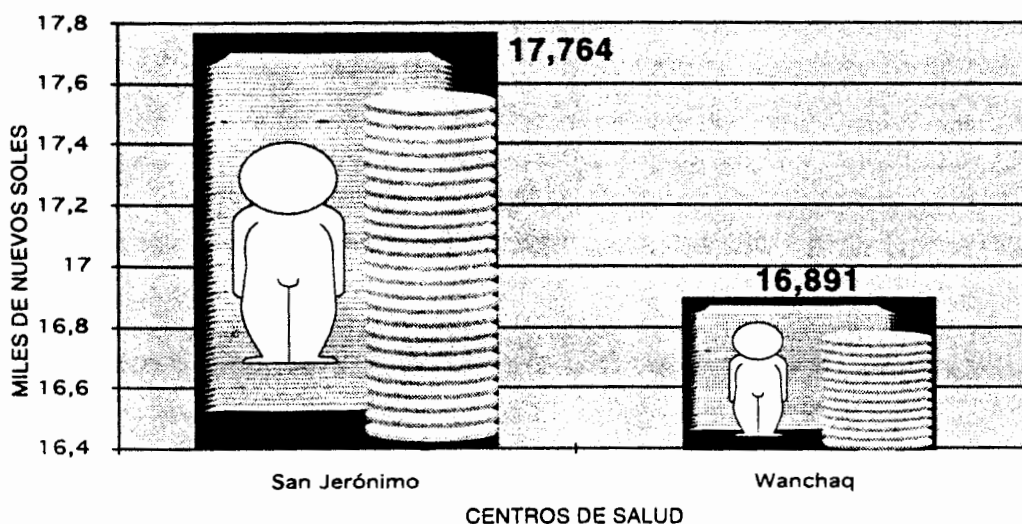
### III.3.3. Costo/eficacia de los servicios de salud

Este tercer factor de medición fue realizado sólo en los servicios del niño y de la madre, considerándolos como servicios representativos y sobre la base de una metodología elemental de costeo, que sólo incluye los costos recurrentes.

De este análisis de la eficiencia de los establecimientos evaluados se desprende que los costos totales de los servicios son semejantes para ambos CLAS (Gráficos 33 y 34) debido a que son semejantes en estructura, número de personal y horas disponibles; pero hay diferencias evidentes debido a los

#### COSTO ANUAL DEL SERVICIO DE NIÑO SANO - 1997

Gráfico N° 33



Fuente: Ficha de investigación.

Los costos totales del servicio de niño sano son algo mayores para el CLAS San Jerónimo.

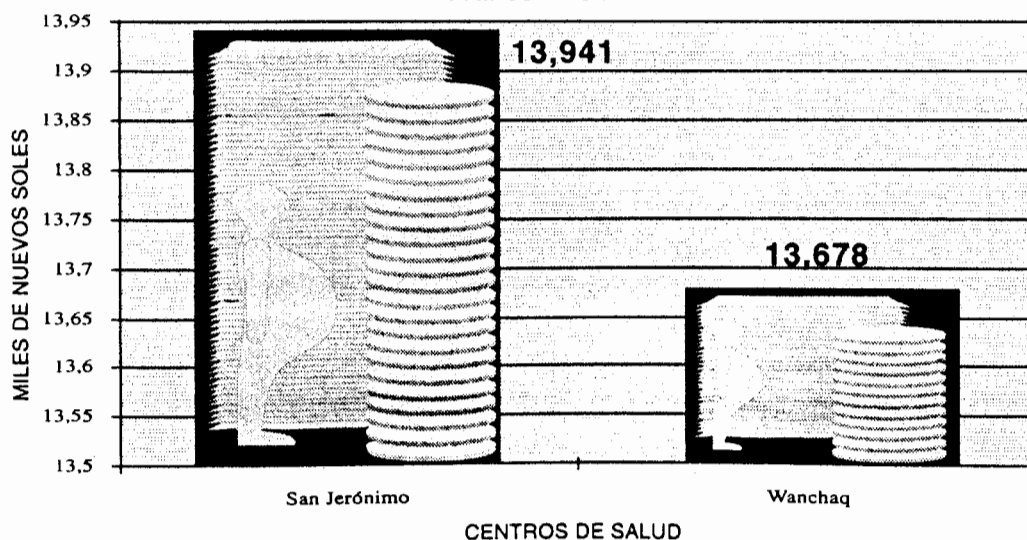
mayores costos por actividad para el CLAS de San Jerónimo que por lo tanto presenta un menor nivel de producción de actividades (Gráficos 39 y 40). Ligado a esto último, se muestran también diferentes niveles de generación de recursos propios, tanto para las atenciones como para los medicamentos. Estos son ostensiblemente mayores en el CLAS de Wanchaq. Un factor que influye en esta diferencia de generación de recursos es la diferencia tarifaria entre ambos CLAS (Por ejemplo, la tarifa de consulta externa es 25% mayor en el CLAS de Wanchaq).

Es relevante señalar que lo mencionado anteriormente acerca de que ambos CLAS tienen estructura y número de personal semejante, se traduce en un mismo número de horas disponibles por instrumento o trabajador, existiendo sólo algunas diferencias poco significativas.

En relación a los sueldos del personal, debe advertirse que la mayor parte de los costos referidos a los servicios de salud remiten a este rubro. Y, dentro de esto, es el grupo de profesionales médicos el que absorbe el grueso de los recursos, seguido por el de las enfermeras y el de los técnicos de enfermería (estos últimos no por el monto de sus sueldos, sino por el número de personas que lo integran). En el análisis comparativo entre ambos CLAS no se muestran diferencias significativas en la estructura de distribución de sueldos.

### COSTO ANUAL DEL SERVICIO MATERNO EVALUACIÓN CLAS - 1997

Gráfico N° 34

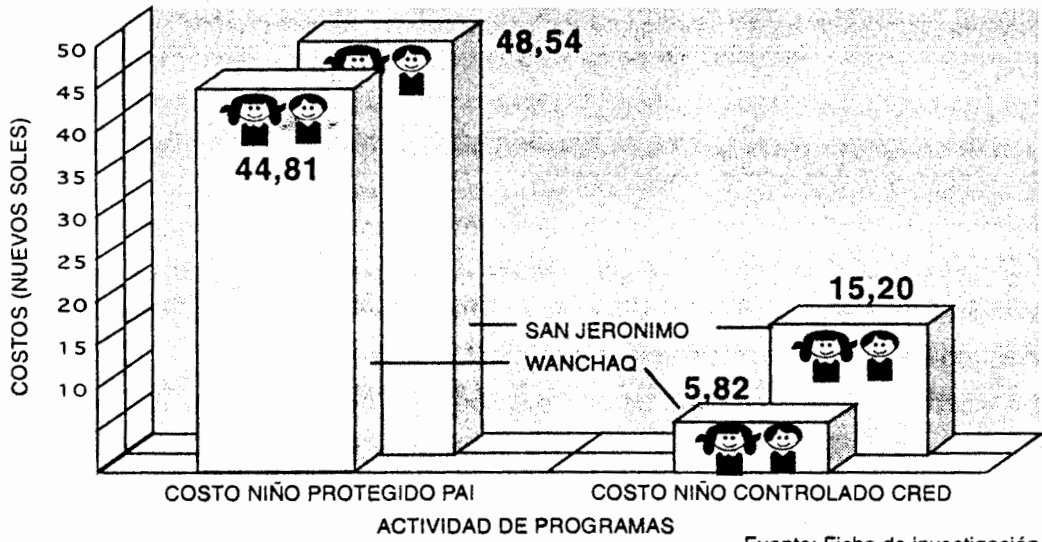


Fuente: Ficha de investigación.

Los costos recurrentes totales para los servicios de salud de la mujer, demuestran que estos son discretamente mayores en el CLAS San Jerónimo.

## COSTOS ACTIVIDAD PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO EVALUACIÓN CLAS - 1997

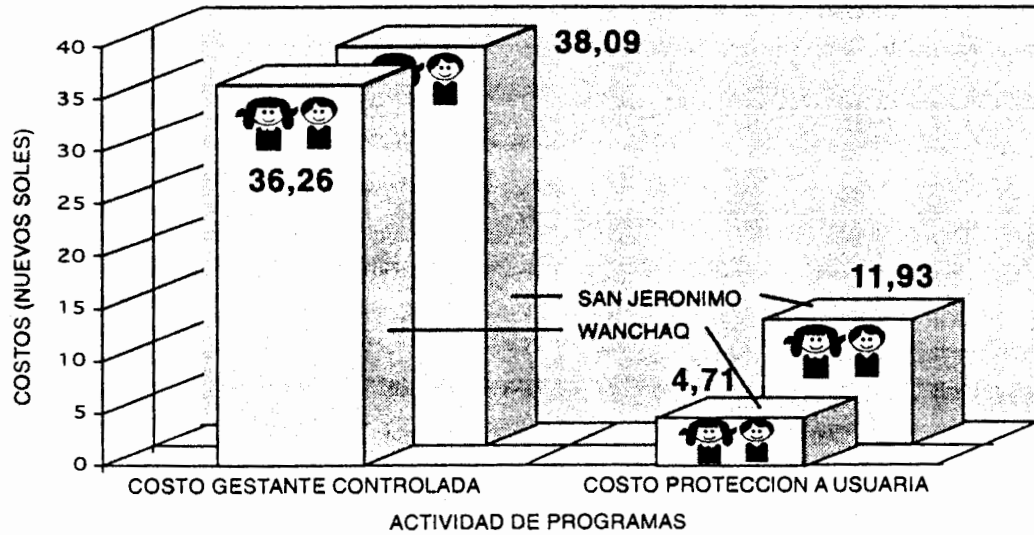
Gráfico N° 39



Fuente: Ficha de investigación.

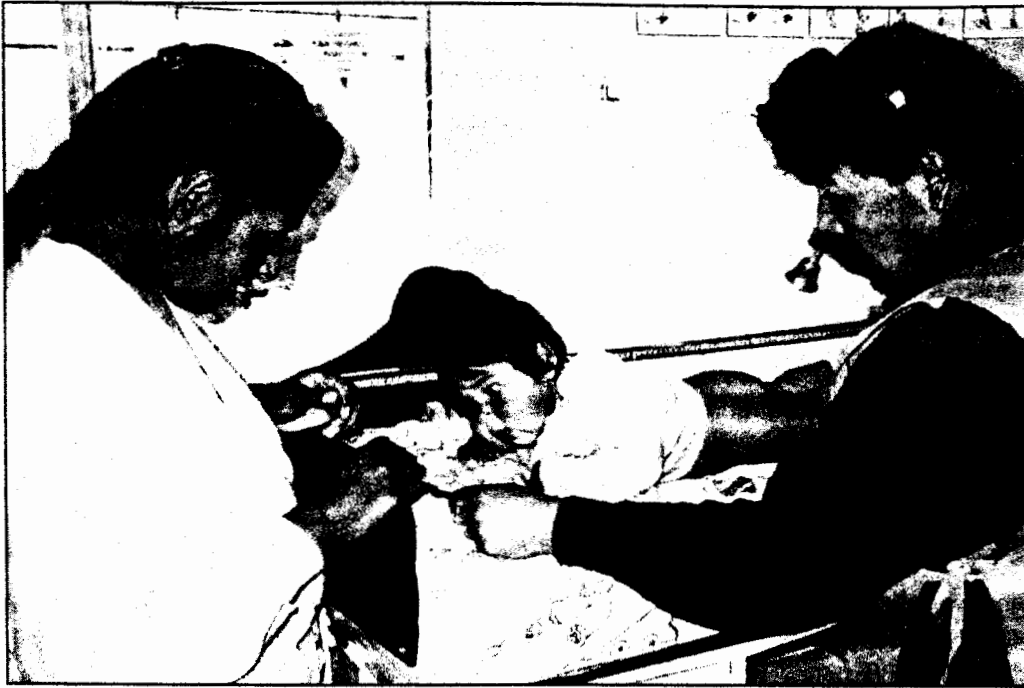
## COSTOS ACTIVIDAD PROGRAMA DE SALUD DE LA MUJER EVALUACIÓN CLAS - 1997

Gráfico N° 40



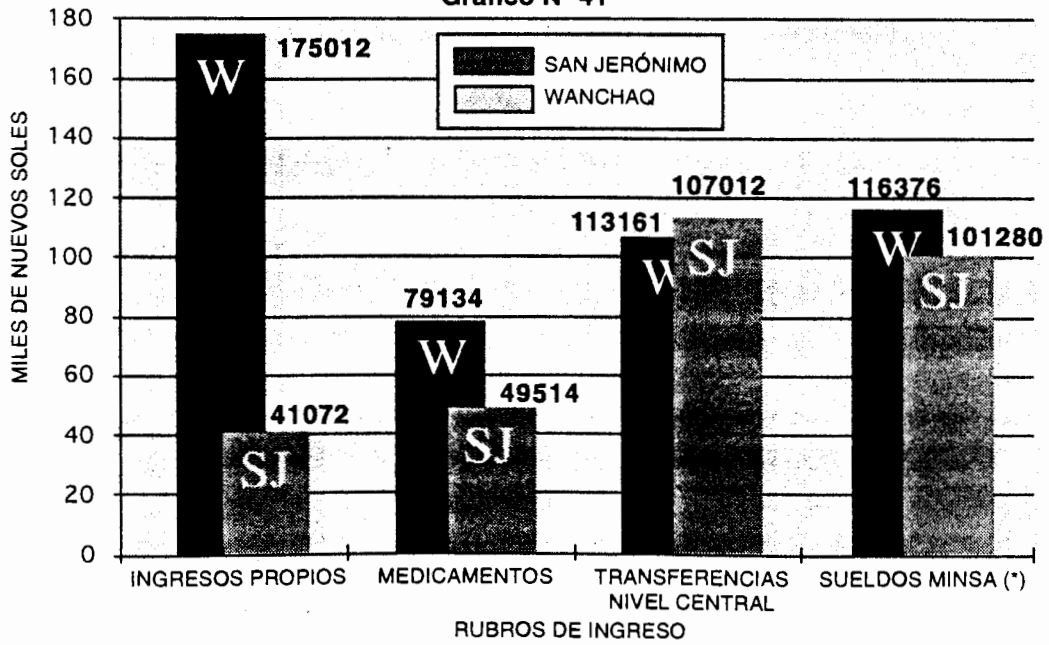
(\*) Incluye los costos recurrentes

Fuente: Ficha de investigación.



## INGRESO ANUAL POR RUBROS EVALUACIÓN CLAS - 1997

Gráfico N° 41

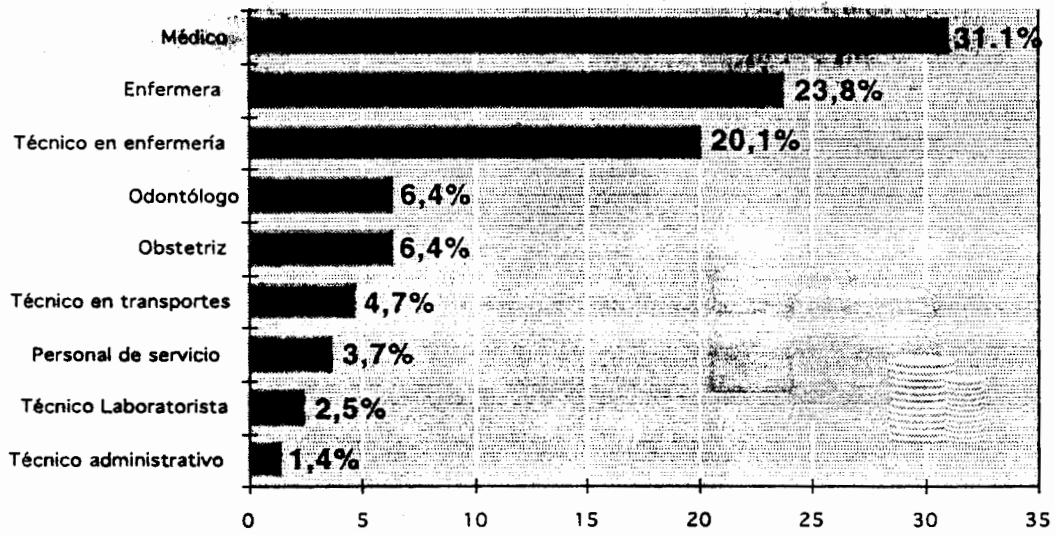


(\*) Asumido por UTES Cusco.

Fuente: Ficha de investigación.

## DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SUELDOS CLAS SAN JERÓNIMO- 1997

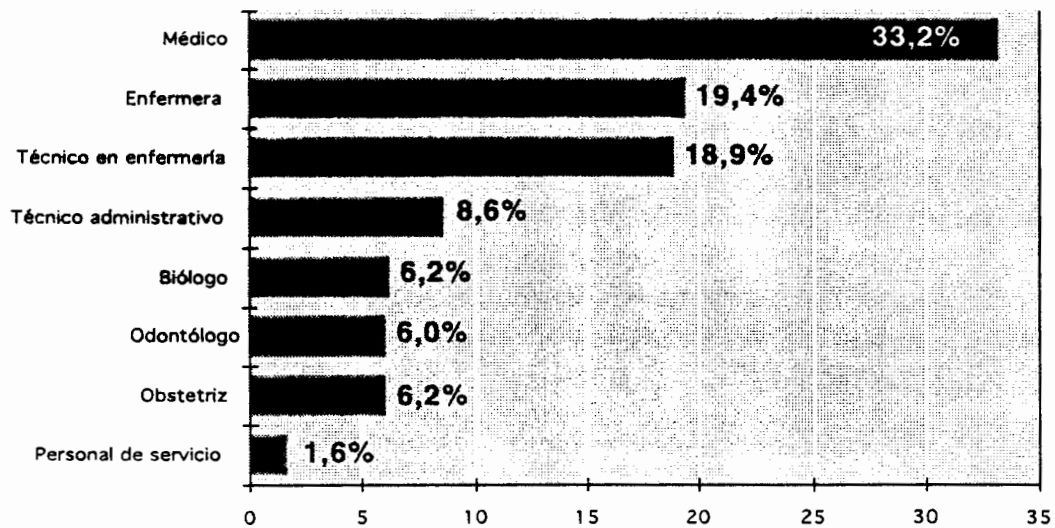
Gráfico N° 42



Fuente: Ficha de investigación.

## DISTRIBUCIÓN DEL GASTO EN SUELDOS CLAS WANCHAQ- 1997

Gráfico N° 43



Fuente: Ficha de investigación.

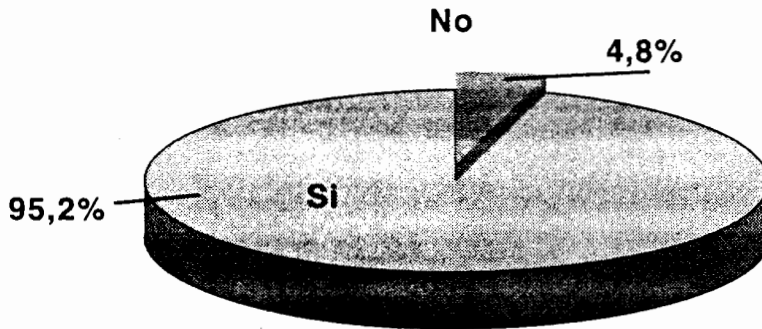
### **III.3.4. Identificación del personal con el modelo de administración**

Este último factor se refiere a la organización interna y la identificación del personal de salud con el nuevo modelo de administración.

La mayor parte de trabajadores están informados acerca del Programa de Administración Compartida. En el CLAS de Wanchaq, sólo un 8% (2 personas) no conocen a las personas que integran el Comité.

#### **CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA PAC- CLAS ENC. PERS. SALUD CLAS SAN JERÓNIMO- 1997**

Gráfico N° 45

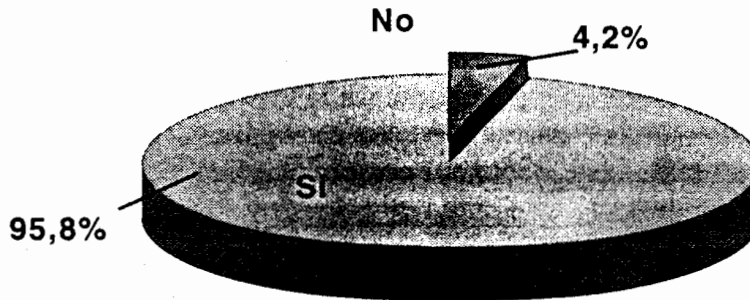


Fuente: Ficha de investigación.

Del grupo de trabajadores encuestados, sólo uno de ellos (5%) no tenían conocimiento del Programa de Administración Compartida (PAC - CLAS).

#### **CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA PAC- CLAS ENC. PERS. SALUD CLAS WANCHAQ- 1997**

Gráfico N° 46

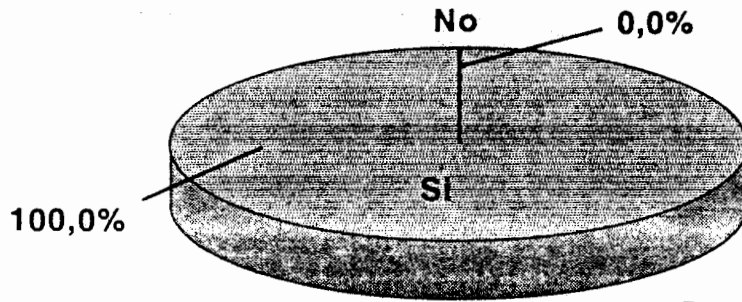


Fuente: Ficha de investigación.

El conocimiento del Programa de Administración Compartida está ampliamente difundido entre el personal de salud del C.S. CLAS Wanchaq siendo este del orden del 95%.

## CONOCIMIENTO DE MIEMBROS INTEGRANTES ENC. PERS. SALUD CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico N° 47

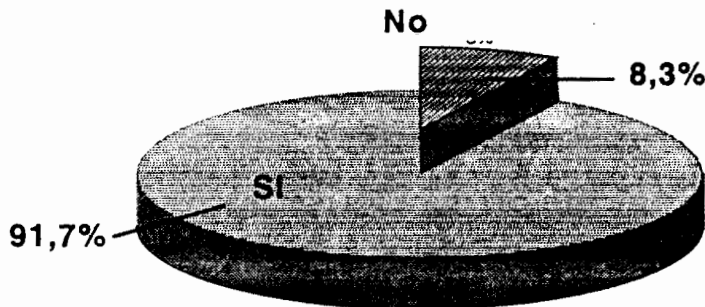


Fuente: Ficha de investigación.

El total de trabajadores que tenían conocimiento del Programa de Administración Compartida conocían igualmente a los integrantes del Comité Local de Administración de Salud.

## CONOCIMIENTO DE MIEMBROS INTEGRANTES ENC. PERS. SALUD CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico N° 48



Fuente: Ficha de investigación.

Indagar sobre el conocimiento del personal de salud del establecimiento sobre los miembros que integran el CLAS, se observa que un trabajador a pesar de conocer sobre el programa, desconocía sobre las personas que conformaban el comité.

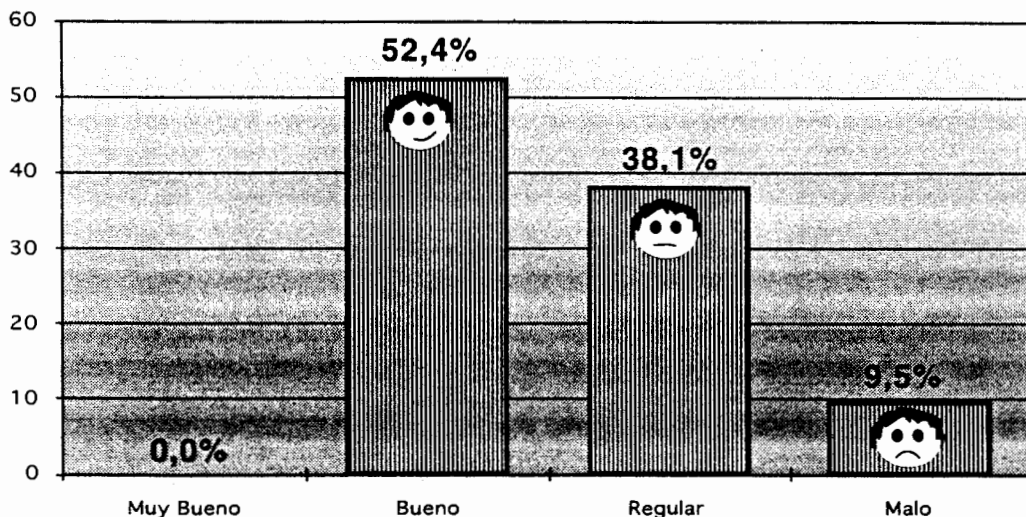
En ambos CLAS la percepción del personal sobre el nuevo modelo es favorable. La mayoría cree que el sistema es bueno o muy bueno (52,4% en San Jerónimo y 62,5% en Wanchaq). Sólo dos personas en San Jerónimo (9,5%) y una persona en Wanchaq (4,2%) creen que el sistema es malo.

Se identifica como positivo en el PAC, principalmente, la posibilidad de manejo autónomo, el mejorar la calidad de la atención y el ampliar la cobertura de los servicios. Se identifica como negativo, la mala comunicación entre el personal y el Comité, la falta de reconocimiento al trabajo realizado y la falta de un trato igualitario entre los trabajadores.



## OPINIÓN DEL PERSONAL SOBRE EL SISTEMA DE FUNCIONAMIENTO CLAS SAN JERÓNIMO - 1997

Gráfico N° 49

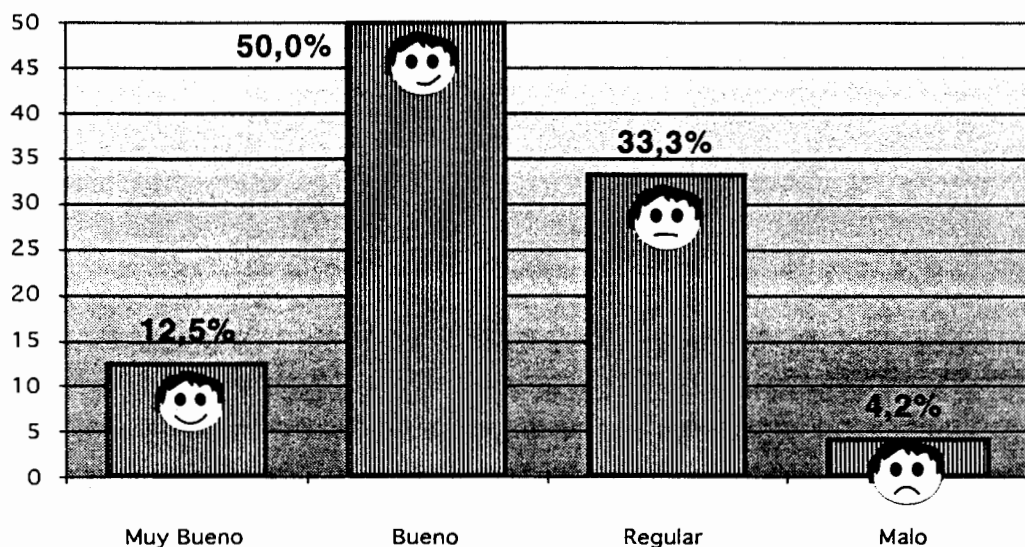


Fuente: Ficha de investigación.

Más de la mitad de los trabajadores (52,4%) opinó que el actual sistema de funcionamiento del Centro de Salud es bueno, 38% lo califica como regular y un 9,5% como malo.

## OPINIÓN DEL PERSONAL SOBRE EL SISTEMA DE FUNCIONAMIENTO CLAS WANCHAQ - 1997

Gráfico N° 50



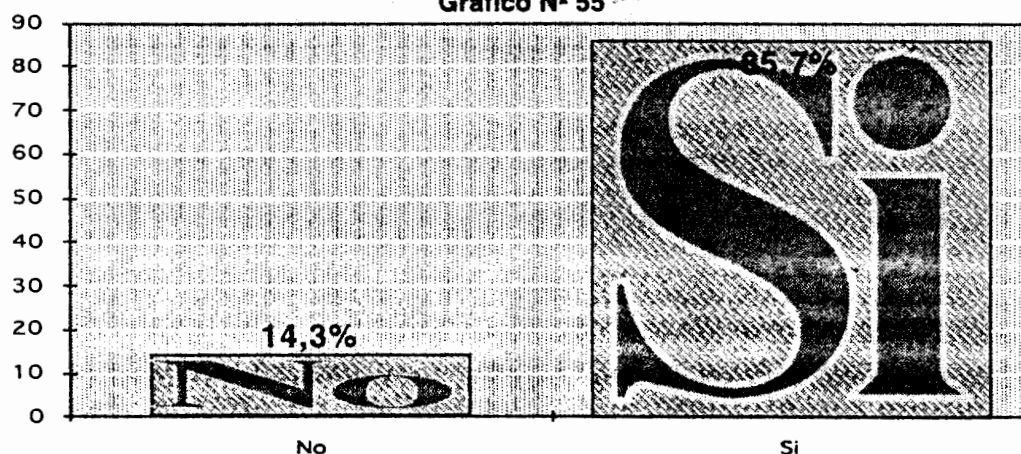
Fuente: Ficha de investigación.

Una opinión favorable sobre el sistema de funcionamiento es vertida por un 62,5% de los trabajadores, siendo solo negativa en un 4,2%.

CLAS: Una experiencia compartida

**¿SISTEMA CLAS FAVORECE AL PERSONAL?  
CLAS SAN JERÓNIMO - 1997**

Gráfico N° 55

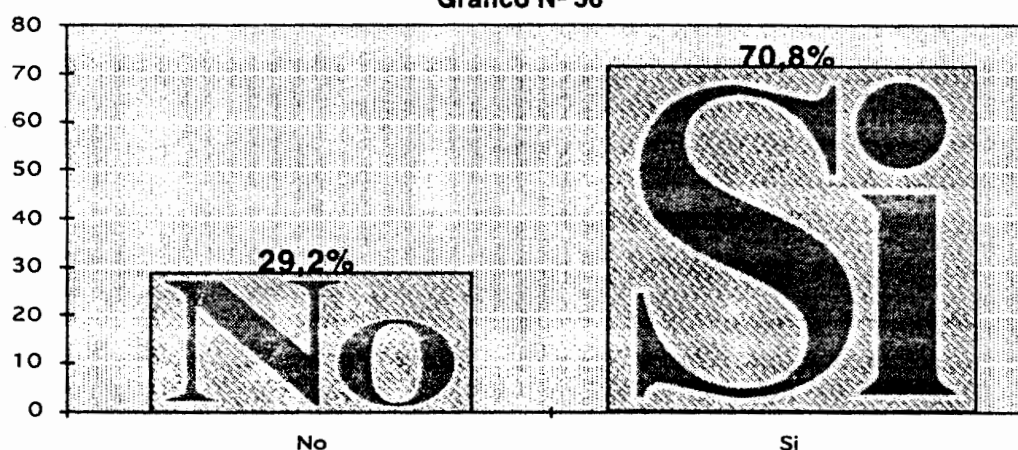


Fuente: Ficha de investigación.

Un importante 86% de los trabajadores de salud opinan que el Programa de Administración Compartida favorece al personal.

**¿SISTEMA CLAS FAVORECE AL PERSONAL?  
CLAS WANCHAQ - 1997**

Gráfico N° 56



Fuente: Ficha de investigación.

La percepción del personal de salud sobre si el sistema del CLAS les favorece es mayoritario para quienes opinan que SI con un 71%.

Los trabajadores consideran, en su mayor parte, que el PAC los favorece (85.7% en San Jerónimo, 70,8% en Wanchaq). Las razones que respaldan esta afirmación se basan en la mejora de los ingresos económicos. Las sugerencias o recomendaciones de los trabajadores para mejorar el sistema giraron en torno a mejoras salariales, mejora del sistema administrativo y mayor capacitación del personal.

En relación al nivel de identificación del personal de salud con la propuesta de Administración Compartida, se observa que la mayor parte de trabajadores opina favorablemente sobre esta nueva modalidad de gestión y afirman respaldarla. Se observa también, sin embargo, que un pequeño grupo de trabajadores (con alguna diferencia entre uno y otro CLAS) está abiertamente en contra del PAC. Esta situación ha venido disminuyendo en el último año. Se constata que en forma casi total los «opositores» del sistema forman parte del personal nombrado, sin acceso a la ampliación horaria.

Los CLAS son establecimientos considerados servicios periféricos, donde el trabajo de proyección comunitaria es prioritario. De allí el mayor número de trabajadores de nivel técnico auxiliar y enfermería (es en estos grupos de trabajadores donde recae la labor de prevención).

Considerando que los CLAS fueron implementados con muy poca difusión y con debilidad en la convocatoria, la comunidad en general y los usuarios específicos en particular no poseen conocimientos definidos sobre las tareas de los CLAS. Este desconocimiento -que puede traducirse en indiferencia- se halla alimentado a su vez por la idiosincracia del poblador que -al entender la salud como presencia o ausencia de enfermedad- tiene una visión básicamente asistencialista y considera, por lo tanto, que corresponde al Ministerio de Salud el funcionamiento de Centros o Postas.

Finalmente, es importante señalar que como todo esfuerzo nuevo, el funcionamiento de los CLAS ha generado confusiones en trabajadores y miembros del Comité. La ambigüedad en términos de la administración y el desconocimiento de directivas, así como la necesidad de asumir una dinámica de trabajo desconocida para muchos miembros del CLAS, ha propiciado que estos se aboquen a generar soluciones ante problemas puntuales. Con ello, los esfuerzos se han hecho endógenos y los logros también. Las coberturas, los horarios de 12 horas de atención, la calidad de los servicios y la infraestructura han mejorado. Pero este esfuerzo endógeno ha descuidado acciones exógenas. La difusión ha quedado minimizada y, con ello, se ha descuidado la imagen hacia afuera.

### III.4. Conclusiones

El balance de la evaluación aquí presentada muestra que el Programa de Administración Compartida es un modelo de gestión válido para lograr una mejora de las condiciones de salud de la población. Los indicadores absolutos referidos al incremento en la productividad de las acciones de salud y la mejora de la calidad de los servicios así lo evidencia.

Sin embargo, es factible optimizar los indicadores en general. Se percibe, del análisis, que las posibilidades que ofrecen los CLAS para mejorar los Centros y Puestos de Salud son significativas.

Para que esto ocurra, es indispensable revisar el sustento legal y las normas administrativas que soportan la experiencia de los CLAS. Es evidente que el propio Ministerio de Salud no ha logrado resolver -desde el origen- sus relaciones administrativas y gerenciales con los CLAS. Y ello por ausencia de una normatividad clara.

Este hecho, unido a la fuerza de la inercia de la administración tradicional, ha hecho que los propios funcionarios del Ministerio -a nivel decisorio- no tengan un convencimiento cabal sobre la viabilidad de la administración compartida. Lógicamente esto conlleva que los funcionarios no se comprometan con la experiencia, habiendo algunas veces ausencia de asesoría y supervisión.

Es indispensable, entonces, que se apunte al esclarecimiento de la normatividad. Que se definan las relaciones de dependencia de los CLAS con las instancias ministeriales y viceversa, en términos jerárquicos o de tipo técnico. Es necesario precisar aspectos de tipo tributario porque, aun cuando los CLAS son asociaciones sin fines de lucro, en la práctica se rigen de acuerdo a las normas de trabajo privado. Estas normas lógicamente afectan tanto a la estabilidad de los propios miembros del Comité como a su mismo funcionamiento, dado que se tienen que enfrentar problemas de orden judicial y pago de moras a ESSALUD y al Ministerio de Trabajo por los vacíos legales.

Finalmente, otro aspecto a aclarar en lo referido a la normatividad es el de la situación de los trabajadores contratados. Estos no gozan de beneficios al igual que los trabajadores del Ministerio. Esto afecta la calidad de los servicios que se ofrecen.

En lo que se refiere a la población, sus concepciones sobre la salud y el rol que históricamente han asignado al Ministerio correspondiente no favorecen indudablemente la integración cabal de la comunidad en la estructura de

funcionamiento de los CLAS. La población no ha internalizado el papel que debe desempeñar dentro de esta administración.

Los vacíos de normatividad y una integración aún mediatizada de la población, afectan la constitución y funcionamiento de los CLAS. Estos muchas veces no toman decisiones para mejorar las condiciones de trabajo, ni tampoco toman decisiones para aplicar políticas de incentivos, por los vacíos señalados.

Pero la inercia decisional de los Comités también tiene que ver con su conformación. Allí convergen distintos grados de educación, experiencia y distintas concepciones respecto al trabajo. Concepciones asistencialistas y concepciones modernas de gestión. Todo esto condiciona un hecho singular e importante: si bien está establecido como incentivo para los integrantes de los Comités un porcentaje de los ingresos, que son dietas mínimas comparadas con la responsabilidad de su personería jurídica y el tiempo que demanda la gestión, no se asumen decisiones plenas al respecto porque los miembros del Comité sienten carecer de respaldo legal y apoyo comunitario. Esta indefinición respecto a su propio quehacer se extiende a los servicios en general.

Sin embargo, al retomar los indicadores se constata en general que se trata de una experiencia valiosa. La cobertura y calidad de los servicios se ha incrementado. Esta experiencia está posibilitando crear un espacio de democracia y descentralización, de concertación y de consensos, incorporando en la planificación y gestión aspectos de la problemática local y generando la participación de la comunidad en sus soluciones.



CLAS: Una experiencia compartida

### **III.5. Recomendaciones**

1. A nivel del Ministerio de Salud, y en base a las experiencias recogidas, es indispensable precisar los lineamientos jurídicos, técnicos y administrativos de los CLAS, a fin de ubicarlos al interior de una estructura de administración adecuada.
2. Las mejoras en el área organizacional -desprendidas tanto de la redefinición señalada como de las experiencias- deberán implementarse a todo nivel. Desde el Ministerio de Salud hasta los Comités Locales de Administración.
3. Realizado lo anterior, es indispensable que tanto el Ministerio como los CLAS desarrollen políticas y estrategias reguladas por los principios de la administración moderna.
4. En este sentido, el Ministerio debe realizar acciones de seguimiento permanente a la labor de los CLAS, pero poniendo énfasis sobre todo en la asesoría y en la supervisión más que en el desarrollo de una actitud controlista.
5. Al interior de los CLAS es indispensable que los miembros de los Comités se involucren cada vez más en los quehaceres del establecimiento de salud. Pero igualmente poniendo énfasis en la mejora de las condiciones de salud de los usuarios y en la calidad de vida de los trabajadores, evitando también actitudes controlistas o de simple supervisión.
6. Es indispensable crear un espacio de capacitación permanente -para los miembros de los CLAS- en temas de gerencia, gestión de proyectos, políticas de personal y otros, con la finalidad de garantizar eficiencia en la administración.
7. Es indispensable realizar acciones de motivación y difusión del Programa de Administración Compartida entre la población. Es necesario que esta se involucre con sus establecimientos de salud. Ello redundará en una mayor participación y en un mayor fortalecimiento institucional. Los CLAS se sentirán avalados por la participación ciudadana.

## Bibliografía

- BACA CARRASCO, WILBERT  
1996 Evaluación técnico administrativa del programa de administración compartida en la Sub región de Salud Cusco. Trabajo de Tesis. Cusco.
- CENTRO GUAMAN POMA DE AYALA  
1994 Base de datos del Catastro de Wanchaq. Cusco.  
1994 Diagnóstico Agro Urbano de San Jerónimo. Cusco.
- CLAS SAN JERÓNIMO  
1993, 1995, 1997 Informe de evaluación anual. Cusco.
- CLAS WANCHAQ  
1993, 1995, 1997 Informe de evaluación anual. Cusco.
- INEI  
1994 Censos Nacionales 1993. Resultados definitivos. Departamento del Cusco. N° 8. Tomo I.  
1997 Compendio estadístico departamental. Cusco.
- MINISTERIO DE SALUD  
1966 Para gerenciar en salud.  
1994 (a) Administración compartida de los establecimientos de salud. Lima.  
1994 (b) Política regional de salud. Documento Sub Región de Salud. Cusco.

SE TERMINO DE IMPRIMIR EN LOS TALLERES GRAFICOS DE  
TAREA ASOCIACIÓN GRÁFICA EDUCATIVA  
PASAJE MARÍA AUXILIADORA 156 - BREÑA  
E-mail: tareagrafica@correo.dnet.com.pe  
TELÉF. 424-8104 / 332-3229 FAX: 424-1582  
NOVIEMBRE DE 1999 LIMA - PERÚ