

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRIA EN ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD



**“DESEMPEÑO DE LOS ESTABLECIMIENTOS CLAS Y NO CLAS
SOBRE LA BASE DE EQUIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS
OFERTADOS PROVINCIA HUANUCO 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAGISTER
EN ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD**

AUTOR: DENNYS ANTONIO TALENAS ROJAS

HUÀNUCO – PERU

2017

UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZAN

ESCUELA DE POST GRADO

MAESTRIA EN ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD



**“DESEMPEÑO DE LOS ESTABLECIMIENTOS CLAS Y NO CLAS
SOBRE LA BASE DE EQUIDAD Y CALIDAD DE LOS SERVICIOS
OFERTADOS PROVINCIA HUANUCO 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE MAGISTER
EN ADMINISTRACION Y GERENCIA EN SALUD**

AUTOR:

DENNYS ANTONIO TALENAS ROJAS

ASESOR:

DR. ABNER FONSECA LIVIAS

HUÀNUCO – PERU

2017

DEDICATORIA

A mi esposa Evelyn, por creer en mí,
por haber estado siempre
brindándome su cariño y amor.

A mi amada hija Valeria, por ser
fuente de motivación e inspiración
para poder superarme cada día más
y así poder luchar para que la vida
nos depare un futuro mejor.

AGRADECIMIENTO

A Dios

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mis padres

Por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi familia

A mi esposa Evelyn y mi hija Valeria, que durante estos años de carrera ha sabido apoyarme para continuar y nunca renunciar, gracias por su amor incondicional y por su ayuda en mi proyecto.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la prestación de servicios de salud de los establecimientos CLAS y No CLAS, en términos de equidad y calidad de los servicios ofertados en la provincia de Huánuco durante el 2015. **Materiales y Métodos:** Enfoque cuantitativo con diseño no experimental; Estudio relacional, transversal y retrospectivo. Se seleccionó 14 establecimientos de salud de los 55 establecimientos de la provincia de Huánuco, se utilizó como instrumentos: matriz de equidad y número de atenciones, la encuesta JDI, la encuesta SERVQUAL adaptados y validados por el MINSA medidos a través de la escala de Likert y la ficha de evaluación técnica regional de las asociaciones CLAS. **Resultados:** La cobertura de atención en los establecimientos CLAS fue de 53.37%, y en los establecimientos No CLAS fue de 40.20%. El grado de satisfacción de los usuarios en los establecimientos CLAS alcanzo un 62.3%, frente a un 40.56% de los establecimientos No CLAS. Dentro de la variable que determina la satisfacción del usuario interno en los establecimientos CLAS, tenemos a la del trabajo actual con un 82.6%. La variable que determina la satisfacción del usuario externo en los establecimientos CLAS, tenemos a la empatía con un 71.8%. El desempeño de los establecimientos CLAS, fue superior en todos los niveles estudiados, alcanzando la cifra de 74.29% y 52.71% en establecimientos No CLAS. **Conclusión:** Se determinó relación significativa entre la prestación de servicios de salud en términos de equidad y calidad y el tipo de administración CLAS y no CLAS en la provincia de Huánuco 2015.

Palabras Clave: Satisfacción; usuarios; CLAS; no CLAS; JDI, SERVQUAL.

SUMMARY

Objective: To evaluate the health services provided by CLAS and non CLAS establishments in terms of equity and quality of services offered in the province of Huánuco during 2015. **Materials and Methods:** Quantitative approach with non-experimental design; Relational, cross-sectional and retrospective study. A total of 14 health facilities were selected from the 55 establishments in the province of Huánuco. The following were used as instruments: equity matrix and number of care, JDI survey, SERVQUAL survey, and validated by MINSA, measured through the Likert scale And the CLAS regional technical assessment sheet. **Results:** The coverage of care in CLAS facilities was 53.37%, and in Non CLAS facilities, it was 40.20%. The level of satisfaction of the users in the CLAS establishments reached 62.3%, compared to 40.56% of the establishments No CLAS. Within the variable that determines the satisfaction of the internal user in CLAS establishments, we have the current work with 82.6%. The variable that determines the satisfaction of the external user in the establishments CLAS, we have the empathy with a 71.8%. The performance of CLAS establishments was higher in all levels studied, reaching the figure of 74.29% and 52.71% in non CLAS establishments. **Conclusion:** A significant relationship was identified between the provision of health services in terms of equity and quality and the type of CLAS and non CLAS administration in the province of Huánuco.

Key words: Satisfaction; Users; CLAS; No CLAS; JDI, SERVQUAL.

INTRODUCCION

A mediados del año 1994, el Ministerio de Salud dio inicio a un programa piloto denominado Programa de Administración Compartida (PAC), se generaron unidades administrativas descentralizadas denominadas Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), cuya meta principal consistía en poner a prueba la transferencia de recursos públicos con los objetivos de hacer más eficiente el gasto, mejorar la calidad y la equidad de la asistencia y dar cabida a la participación de la población local que iba a ser atendida. Esta "nueva" estrategia de desconcentración tiene como principal instrumento los CLAS, instituciones legales, privadas y no lucrativas administradas por siete miembros que forman la asamblea general (seis miembros de la comunidad y el médico jefe que completa el enfoque de gestión compartida). Una gran parte de su presupuesto (salarios) y propiedad de la infraestructura son aún materia del estado. Al mismo tiempo también se creó el programa Salud Básica para todos (PSBPT), el cual es un programa del MINSA, cuyo objetivo está orientado a recuperar y mejorar en cantidad y calidad la inversión estatal, como cumplimiento del rol que le compete al estado, en Centros y Puestos de Salud que atiendan poblaciones rurales y urbano marginales en extrema pobreza.

Existe una fortaleza aún no explotada totalmente en el sector salud, como son las múltiples experiencias de participación social en salud en el nivel local, que vienen contribuyendo a mejorar la salud y calidad de vida de la población pero que requerirían ser integradas, articuladas y renovadas en lugar de instalar nuevos procesos descartando la acumulación de décadas que las comunidades

locales han trabajado con éxito; siendo adicionalmente un tema de eficiencia del uso de recursos.

Relacionando el costo del Programa y el beneficio para la población en estos veintidós años de experiencia de los CLAS, puede afirmarse que se ha incrementado el acceso equitativo a los servicios de salud, ha mejorado la calidad a través de la mejora de la infraestructura y por la disponibilidad, competencia y motivación del recurso humano, así como de la cobertura de la población más necesitada en comparación con la prestación de servicios de salud por prestadores habituales del MINSA (1).

Se trata, por tanto, de recoger lo mejor de la experiencia y contribución de las comunidades locales de salud en la región y potenciarlas en el actual proceso de descentralización, con la visión de lograr ciudadanos saludables y productivos para y por el desarrollo local, regional y nacional optimizando los recursos.

En este caso se pretende identificar ¿Cómo influye el desempeño de los establecimientos CLAS y No CLAS en la equidad y calidad de los servicios ofertados en la provincia de Huánuco durante el 2015?

El objetivo general es evaluar la prestación de servicios de salud de los establecimientos CLAS y No CLAS, en términos de equidad y calidad de los servicios ofertados en la provincia de Huánuco durante el 2015.

Con tal propósito se han formulado los siguientes tres objetivos específicos de estudio:

- Determinar la cobertura de atención de los establecimientos CLAS y No CLAS, en cuanto al número de usuarios atendidos.

- Determinar la calidad de atención que brindan los establecimientos CLAS y No CLAS en el mercado de la salud.
- Indicar que variables determinan la satisfacción del usuario interno en los establecimientos CLAS y No CLAS.
- Indicar que variables determinan la satisfacción del usuario externo en los establecimientos CLAS y No CLAS.
- Conocer el desempeño de los establecimientos CLAS y No CLAS, en cuanto a la parte técnico asistencial, de participación comunitaria y aspecto contable financiero.

La investigación de tipo retrospectivo porque se van a recolectar los datos de los establecimientos indicados que corresponden al año 2015. Es de tipo observacional porque no se va manipular ninguna variable de estudio, por el contrario se va describir y compararlas. Es de tipo transversal porque los datos se van a recolectar en un determinado momento, sin hacer un corte en el tiempo. Es analítico porque se van analizar las variables de estudio a fin de precisar la eficiencia en la atención en los establecimientos de salud.

En el capítulo 4 se describe el análisis y discusión de los resultados encontrados respecto a los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS y los establecimientos administrados bajo la modalidad No CLAS, de la provincia de Huánuco de la región Huánuco.

La contrastación de las hipótesis reporta la siguiente conclusión:

Que, los establecimientos de salud administrados bajo la modalidad CLAS, de administración compartida con la comunidad organizada, han demostrado mejores coberturas de atención a la población, mayor grado de satisfacción entre

los usuarios internos y externos y un mayor nivel de organización a nivel de los establecimientos, con cumplimiento de indicadores técnico asistenciales, de gestión y participación comunitaria y contable financiero.

Las conclusiones de la investigación consideran que los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS mostraron mejor desempeño en todos los aspectos, mayor calidad de atención a los usuarios, mayor cobertura de atención a la población, identificando factores como la empatía, la co gestión en salud, la participación ciudadana en la toma de decisiones y el manejo oportuno y adecuado de los recursos del estado para la solución de problemas de salud de la población.

INDICE

		Pág.
CAPÍTULO I. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN		13
1.1	Descripción del problema	13
1.2	Formulación del problema	16
1.3	Objetivos	16
1.4	Hipótesis	17
1.5	VARIABLES	17
1.6	Justificación e importancia	20
1.7	Viabilidad	21
1.8	Limitaciones	21
CAPÍTULO II. MARCO TEORICO		23
2.1	Antecedentes	23
2.2	Bases teóricas	26
2.3	Definiciones conceptuales	52
2.4	Bases epistémicos	58
CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO		61
3.1	Tipo de investigación	61
3.2	Diseño y esquema de investigación	61
3.3	Población y muestra	62
3.4	Instrumentos de recolección de datos	63
3.5	Técnicas de recojo, procesamiento y presentación de datos	64
CAPITULO IV. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS		67
4.1	Interpretación y análisis de los resultados	67
4.2	Extensión de uso de los establecimientos	69
4.3	Análisis de satisfacción del usuario interno	71
4.4	Análisis de satisfacción del usuario externo	96
4.5	Análisis de desempeño de los establecimientos	118
CONCLUSIONES		130
RECOMENDACIONES		133
BIBLIOGRAFIA		135
ANEXOS		137

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

A mediados del año 1994, el Ministerio de Salud dio inicio a un programa piloto denominado Programa de Administración Compartida (PAC), se generaron unidades administrativas descentralizadas denominadas Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), cuya meta principal consistía en poner a prueba la transferencia de recursos públicos con los objetivos de hacer más eficiente el gasto, mejorar la calidad y la equidad de la asistencia y dar cabida a la participación de la población local que iba a ser atendida. Esta "nueva" estrategia de desconcentración tiene como principal instrumento los CLAS, instituciones legales, privadas y no lucrativas administradas por siete miembros que forman la asamblea general (seis miembros de la comunidad y el médico jefe que completa el enfoque de gestión compartida). Gran parte de su presupuesto (salarios) y propiedad de la infraestructura son aún materia del estado. Al mismo tiempo también se creó el programa Salud Básica para todos (PSBPT), el cual es un programa del MINSA, cuyo objetivo está orientado a recuperar y mejorar en cantidad y calidad la inversión estatal, como cumplimiento del rol que le compete al Estado, en Centros y Puestos de Salud que atiende poblaciones rurales y urbano marginales en extrema pobreza.

Las Asociaciones CLAS retienen y usan los recursos provenientes de la prestación de los servicios en los Centros y Puestos de salud que administran, a diferencia de los establecimientos NO CLAS o también

llamados PSBPT, quienes deben depositar los recursos propios en la cuenta de la unidad ejecutora MINSA más cercana. Los establecimientos CLAS en cambio los retiene y los reinvierte en el establecimiento de salud y comunidad que produjo esos recursos propios, devolviendo de este modo para los propios ciudadanos. Los recursos propios pueden ser utilizados en la mejora de la infraestructura y el equipo de los establecimientos, así como para el financiamiento del costo de la atención y medicinas de aquellos que no pueden pagar.

Equidad; entendida como la focalización de las acciones de salud hacia los menos protegidos, implica no sólo reorganizar los servicios, descentralizarlos y abrir los espacios a la participación de la comunidad; sino además, reconocer la diversidad cultural e identificar los aportes y necesidades diferenciales que las distintas culturas presentan. La equidad en el campo de la salud encierra por lo menos tres imperativos: 1) Igual acceso a la atención para igual necesidad; 2) Igual utilización de recursos para igual necesidad; 3) Atención de igual calidad para todos.

Calidad en su interpretación más estrecha, significa calidad de producto, en su interpretación más amplia, calidad significa calidad de trabajo, calidad de servicio, calidad de información, calidad del proceso, calidad de la división, calidad de las personas incluyendo a los trabajadores, profesionales, gerentes y ejecutivos, calidad de sistema, calidad de la empresa, calidad de los objetivos, etc. La calidad de los servicios de salud será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los

cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.

Veintidós años de vida tienen los CLAS, una revisión de sus aportes a la salud pública son pertinentes, tomar la experiencia válida de su funcionamiento y estudiar la estrategia y el potencial desarrollado en busca de la participación ciudadana en salud. Los cambios y mejoras que se adhieran deberían enriquecer sus bondades y corregir sus debilidades, consolidar definitivamente esta experiencia peruana de mejoramiento y extensión de servicios de salud con la participación activa de la comunidad y sobretodo, asegurar la accesibilidad, equidad y calidad de los servicios sanitarios en nuestro país (2).

El desarrollo alcanzado por esta institución es importante. De acuerdo a la información del Ministerio de Salud (2008) existen a nivel nacional, 763 Asociaciones CLAS que administran 2,152 Centros y, Puestos de Salud. Esta cantidad representa aproximadamente el 33% del total de establecimientos del primer nivel de atención. En su ámbito de operación atienden a una población aproximada de 8'500,000 habitantes, de estratos de mayor pobreza, que viven en zonas rurales y urbanas-marginales. (3). Una innovación importante son los Programas de Salud Local (PSL) adaptados a las particularidades y necesidades de cada localidad. La flexibilidad del gasto de sus recaudaciones ha permitido mejorar la infraestructura y equipos, la contratación directa de nuevo personal con la posibilidad de control y evaluación anual de estos trabajadores por el nivel local, ello ha permitido no sólo mejorar la productividad y responsabilidad de estas personas (4), sino también la calidad de los servicios. En términos

generales los contratos ofrecidos (contrato por un año, vacaciones, aportaciones de la pensión) mejoran las condiciones de los contratos por servicios no personales por ejemplo.

En la región Huánuco existen en la actualidad 301 establecimientos de salud, 65 asociaciones CLAS, los cuales administran el 53% del total de establecimientos de salud del primer nivel de atención, algunos de estos establecimientos administrados bajo esta modalidad han tenido avances significativos a nivel regional y nacional ya sean estos debido a mejoras en su infraestructura, equipamiento o diseño organizacional, lo cual los ha hecho merecedores de importantes reconocimientos.

1.2. FORMULACION DEL PROBLEMA

¿Cómo influye el desempeño de los establecimientos CLAS y No CLAS en la equidad y calidad de los servicios ofertados en la provincia de Huánuco durante el 2015?

1.3. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Evaluar la prestación de servicios de salud de los establecimientos CLAS y No CLAS, en términos de equidad y calidad de los servicios ofertados en la provincia de Huánuco durante el 2015.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Determinar la cobertura de atención de los establecimientos CLAS y No CLAS, en cuanto al número de usuarios atendidos.

- Determinar la calidad de atención que brindan los establecimientos CLAS y No CLAS en el mercado de la salud.
- Indicar que variables determinan la satisfacción del usuario interno en los establecimientos CLAS y No CLAS.
- Indicar que variables determinan la satisfacción del usuario externo en los establecimientos CLAS y No CLAS.
- Conocer el desempeño de los establecimientos CLAS y No CLAS, en cuanto a la parte técnico asistencial, de participación comunitaria y aspecto contable financiero.

1.4. HIPOTESIS

Hi₁ El desempeño de los establecimientos CLAS influye positivamente en términos de equidad de los servicios ofertados.

Ho₁ El desempeño de los establecimientos CLAS no influye positivamente en términos de equidad de los servicios ofertados.

Hi₂ El desempeño de los establecimientos CLAS influye positivamente en términos calidad de los servicios ofertados.

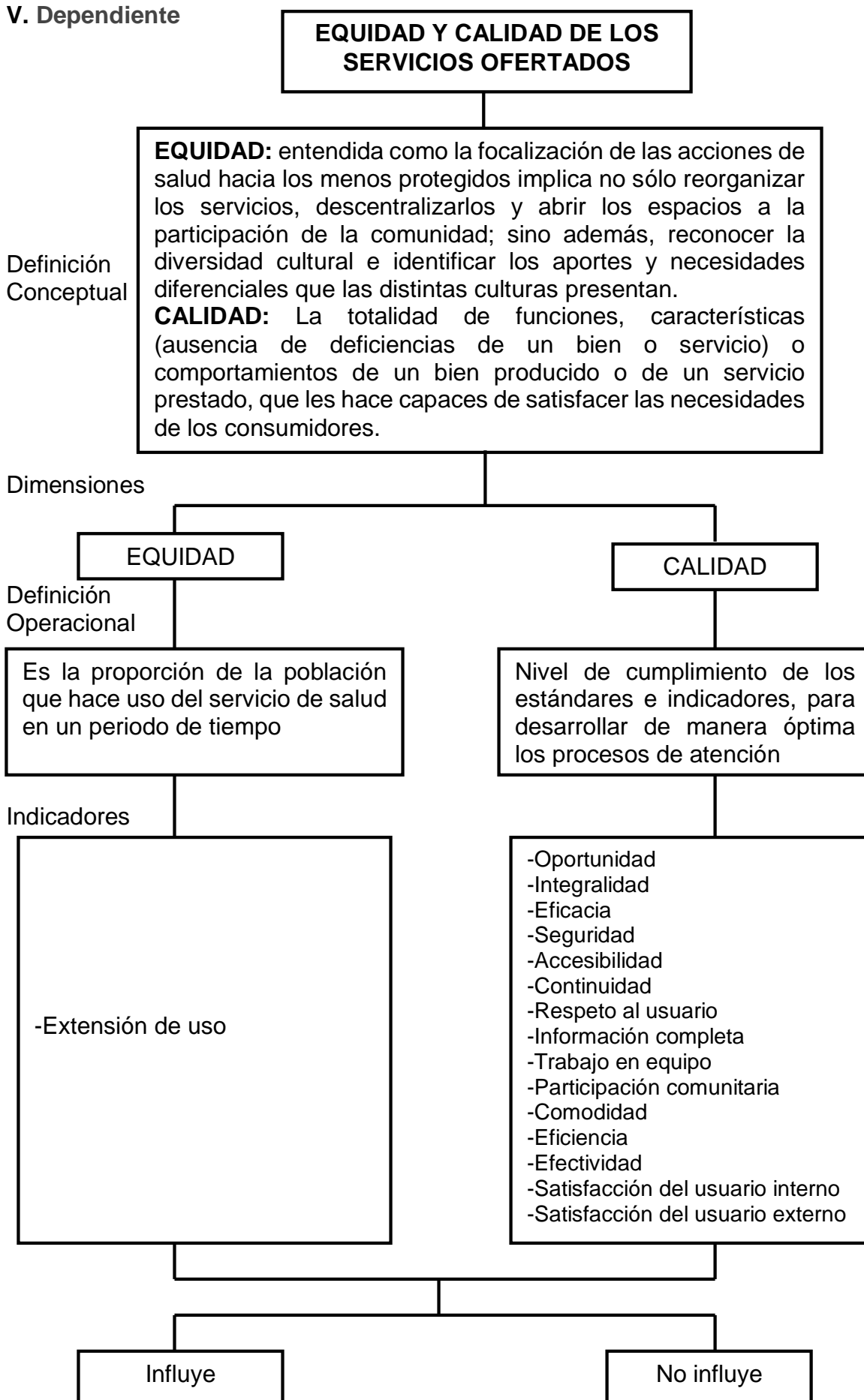
Ho₂ El desempeño de los establecimientos CLAS no influye positivamente en términos calidad de los servicios ofertados.

1.5. VARIABLES

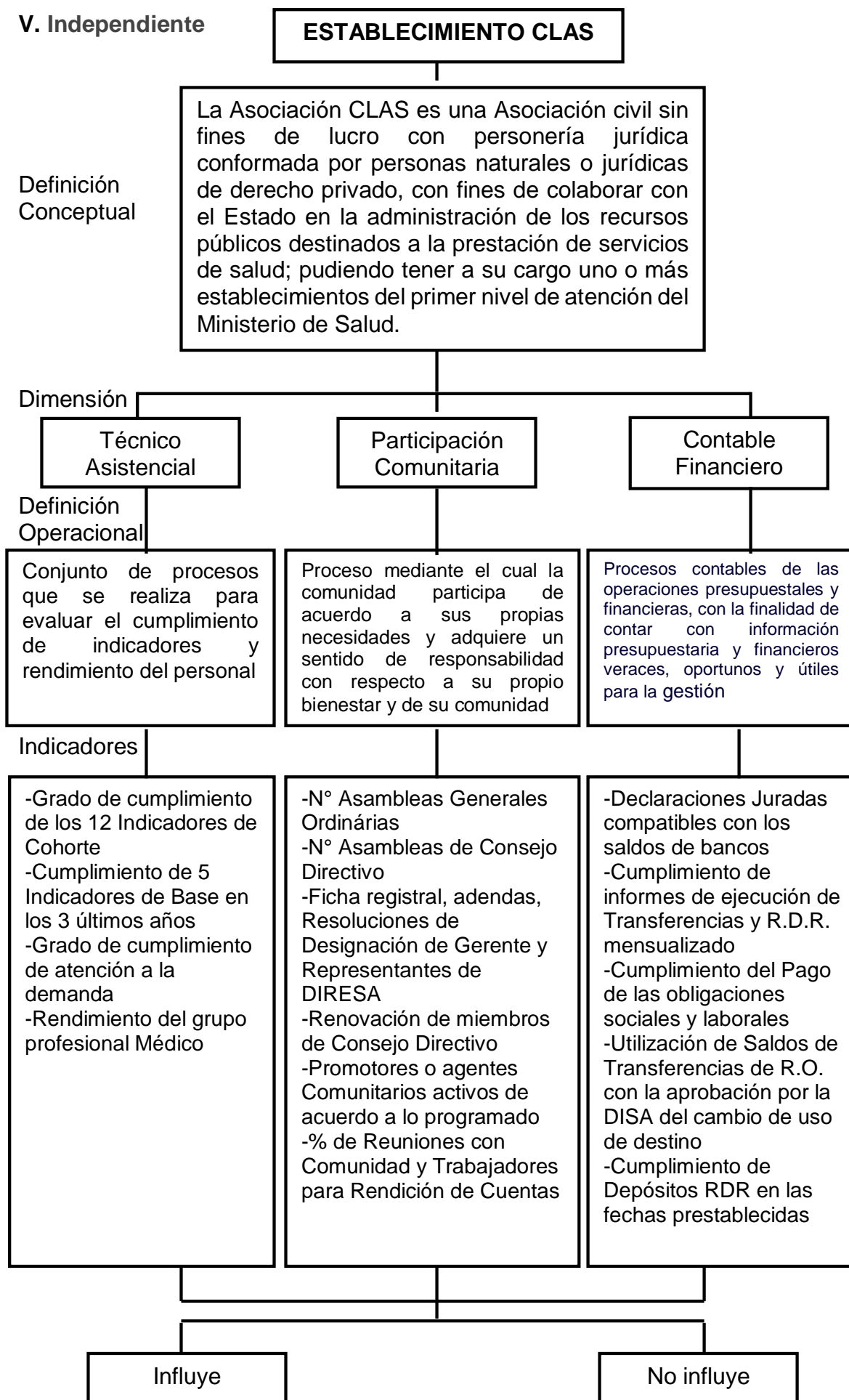
- **Variable Dependiente:**
Equidad y Calidad de los servicios ofertados
- **Variable Independiente:**
Establecimientos CLAS

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

V. Dependiente



V. Independiente



1.6. JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

Existe una fortaleza aún no explotada totalmente en el sector salud, como son las múltiples experiencias de participación social en salud en el nivel local, que vienen contribuyendo a mejorar la salud y calidad de vida de la población pero que requerirían ser integradas, articuladas y renovadas en lugar de instalar nuevos procesos descartando la acumulación de décadas que las comunidades locales han trabajado con éxito; siendo adicionalmente un tema de eficiencia del uso de recursos.

Relacionando el costo del Programa y el beneficio para la población en estos veintidós años de experiencia de los CLAS, puede afirmarse que se ha incrementado el acceso equitativo a los servicios de salud, ha mejorado la calidad a través de la mejora de la infraestructura y por la disponibilidad, competencia y motivación del recurso humano, así como de la cobertura de la población más necesitada en comparación con la prestación de servicios de salud por prestadores habituales del MINSA .

Se trata, por tanto, de recoger lo mejor de la experiencia y contribución de las comunidades locales de salud en la región y potenciarlas en el actual proceso de descentralización, con la visión de lograr ciudadanos saludables y productivos para y por el desarrollo local, regional y nacional optimizando los recursos.

Por lo tanto parece más eficiente incrementar la inversión en el escenario local para lograr: prevención, promoción, eficiencia y transparencia, fortaleciendo y recuperando la acumulación social y sectorial en salud.

1.7. VIABILIDAD

La Administración Compartida ha demostrado ser, entre otras cosas, un mecanismo de gasto público eficiente al transferir directamente los recursos del estado a las cuentas corrientes de estas organizaciones comunitarias, en un marco legal administrativo de control adecuado, reduciendo gastos operativos, orientándolo directamente al beneficio de los ciudadanos, viviendo en la jurisdicción de las CLAS y disminuyendo el efecto de la falta de transparencia y gasto burocrático en gran parte de la administración pública.

El proceso de descentralización es una oportunidad para transferir más presupuesto a los gobiernos regionales y locales y para definirse la asignación de recursos de manera participativa en el campo de la salud. El escenario de la elaboración de los presupuestos participativos podría iniciar un camino de inversión en mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos: acceso a agua segura, nutrición, salud, educación, adecuada disposición de residuos sólidos, etc.

1.8. LIMITACIONES

Participación comunitaria.- La participación de la comunidad es buena aproximadamente en el 60% de los establecimientos CLAS, moderada en el 30% y mala en el 10% en el nivel nacional, sin embargo, como toda construcción social, esto varía en el tiempo. La tendencia actualmente es decreciente debido a condicionantes económicos precipitantes.

Capacitación.- En la mayoría de los casos, los establecimientos CLAS y No CLAS reciben escasa capacitación. Regularmente reciben una

capacitación al año. En la mayoría de las veces no asiste todo el Consejo Directivo sino uno de sus miembros y el gerente de CLAS.

Administración de medicamentos.- En este campo, poco se ha desarrollado en la dirección de una administración eficiente y equitativa de medicamentos para los usuarios de los servicios administrados por CLAS y No CLAS. Otro aspecto importante en la administración de medicamentos por CLAS, es el uso racional de los mismos.

Manejo de información sanitaria local y censo.- Un porcentaje mayor de CLAS y No CLAS realizan censo de población asignada, pero algunos no lo hacen. Algunas de los establecimientos que realizan su censo tienen dificultades para su procesamiento, presentación de resultados y difusión. La gran parte de estos usan regularmente indicadores de resultados para evaluar la intervención de CLAS y el nivel de avance en los indicadores de salud de la población.

Difusión a la comunidad.- La población en la jurisdicción de la Asociación CLAS tiene escasa información sobre el Programa de Administración Compartida, el rol de la participación comunitaria y los planes y resultados de este modelo de gestión para la comunidad.

Administración de seguros públicos.- Tal como el Seguro Integral de Salud que produce un incremento de la demanda de atenciones a la población en general, estos generan necesidades de arreglos en la oferta de CLAS y NO CLAS, ya que incrementa el requerimiento de personal, de equipo y sistemas de registro, afecta el abastecimiento de la farmacia y la disponibilidad oportuna de los recursos recaudados por prestación para el seguro, entre otras cosas.

CAPÍTULO 2 MARCO TEORICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A nivel internacional:

Casey Lion and Charles Lin: cualquier solución adecuada tendrán que ser multifacéticos y minimizar burocracia, para empezar deben haber más responsabilidad y supervisión y debe ocurrir en varios niveles: mejorar la calidad perfeccionadora y la consistencia de actividades del comité CLAS y del director médico, aporte de medidas del lugar que impiden que los miembros del CLAS abusen de su poder, mejor comunicación para reuniones semanales que tiene entre el comité CLAS y los líderes comunales locales, mejor liderazgo de empleados de salud (5).

Pedro Francke: Los CLAS han sido una de las estrategias más innovadoras y exitosas de la salud pública peruana en la última década. Este esquema caracterizado por entregar la administración de los servicios de primer nivel de atención a una cogestión del Estado con la comunidad, empezó a aplicarse en 1994 y en la actualidad abarca a cerca de un tercio de todos los centros y puestos de salud del Ministerio de Salud. Diversas investigaciones llevadas a cabo han mostrado que los CLAS, al promover la participación ciudadana, han permitido mejorar la eficiencia y la equidad. Sin embargo, los CLAS no han estado exentos de problemas, en particular en algunas regiones donde la participación comunitaria no ha sido respetada y se ha tendido más bien a que los representantes de la comunidad sean nombrados de manera poco democrática (6).

A nivel nacional:

Marisol Vicuña Olivera; A pesar de que los resultados muestran una clara tendencia de los establecimientos de salud a considerar a la comunidad únicamente como un recurso de ejecución de tareas planificadas desde la oferta de los servicios, otros hallazgos del estudio muestran que el trabajo con participación comunitaria requiere necesariamente ser diseñado desde la óptica de la demanda. Puntos favorables para ello, son la gran expectativa de los líderes comunales de participar en las actividades del establecimiento de salud en la modalidad de cogestión, por un lado dirigida a funciones de fiscalización y control; y por otro de planificación y ejecución inherentes a tareas de salud. Finalmente, se resalta que en aquellas áreas donde ya funciona el CLAS, existe una disposición favorable a que el modelo de gestión continúe operando, a pesar que sus líderes comunales no están satisfechos con su nivel de participación; ello indica la existencia de un nivel de reconocimiento y valoración a la vigencia del modelo, toda vez que tradicionalmente la comunidad ha estado relegada en su rol social en salud (7).

Altobelli Laura; una innovación importante son los Programas de Salud Local (PSL) adaptados a las particularidades y necesidades de cada localidad. La flexibilidad del gasto de sus recaudaciones ha permitido mejorar la infraestructura y equipos, la contratación directa de nuevo personal con la posibilidad de control y evaluación anual de estos trabajadores por el nivel local, ello ha permitido mejorar la productividad y responsabilidad de estas personas (4).

Rafael Cortez; Paúl Phumpiu; El estudio concluye que el desempeño de los establecimientos CLAS está fuertemente influenciado por las características individuales y el liderazgo del personal, los miembros del CLAS y gerencial, el apoyo de las autoridades locales, y los mecanismos internos que dirigen las actitudes de los miembros de la comunidad hacia acciones colectivas en beneficio de la comunidad. La organización interna y el ambiente local institucional influyen la calidad de los servicios de salud que se ofrecen y por tanto el grado de satisfacción del usuario. En la actualidad, la participación civil en los CLAS no ha sido importante en su aspecto formal de democratización, elección por voto directo e involucramiento real de la comunidad. Sin embargo, la participación civil es relativamente alta en términos de la participación en los beneficios que origina la descentralización de la gestión de los servicios. Los establecimientos CLAS en su conjunto, tienen un mejor desempeño y sirven mejor a las necesidades de salud de los pobres que las postas y centros de salud que funcionan bajo un esquema de gestión centralizada. Sin embargo, para su mejoramiento y continuación, estas organizaciones necesitan el apoyo oficial a nivel regional de las autoridades del sector salud y también de un apropiado diseño e implementación de un sistema de incentivos que motive y mejore el desempeño de la participación civil (8).

Augusto Portocarrero Grados; El modelo CLAS es el único mecanismo de participación ciudadana en la conducción de los establecimientos de primer nivel que se ha mantenido por un periodo largo. Este mecanismo ha traído mejoras en la atención, lo que se ha demostrado con diversos estudios (9).

2.2 BASES TEORICAS

Principios de la Administración Compartida

- a) La Administración Compartida forma parte del proceso de modernización y descentralización del Estado y tiene como postulado de reforma promover la prestación de mejores servicios de salud a la población y la corresponsabilidad en el campo de la salud; basados en los principios de equidad, calidad y eficiencia en el uso de los recursos humanos, materiales y financieros, promoviendo la participación ciudadana;
- b) La participación de la comunidad en la gestión de los servicios de atención básica a través de la Asociación CLAS, se sustenta en la transmisión de la facultad de administración y decisión sobre la aplicación de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios en los establecimientos del primer nivel de atención (centros y puesto de salud del Ministerio de Salud); y
- c) El Programa promueve la constitución y organización de Asociaciones Civiles conformadas por representantes de la comunidad a fin de concordar en la ejecución de un programa de salud local (PSL), mediante la aplicación y gestión de los recursos disponibles en los centros y puesto de salud del Ministerio de Salud que mediante convenio se acuerde.

Financiamiento del Programa de Administración Compartida.- En concordancia con el Artículo 2° del Decreto Supremo N° 01-94-SA, el financiamiento del PAC está a cargo del Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT – Programa de Focalización del Gasto Social Básico en Salud) especificando los recursos disponibles. Las Dependencias, Programas y Proyectos del Ministerio de Salud informarán a la Unidad de

Coordinación para la Modernización del Subsector Público de Salud y a la Coordinación del PAC, respecto a los recursos complementarios destinados a su financiamiento y apoyo.

El calendario de compromisos de las Asociaciones CLAS es tramitado para su aprobación a través del PAAG a la Oficina General de Planificación, prioritariamente en la modalidad de transferencia.

ASOCIACION “CLAS”

Asociación “Comité Local de Administración de Salud”- “CLAS”.- La Asociación CLAS es una Asociación civil de lucro con personería jurídica conformada por personas naturales o jurídicas de derecho privado, con fines de colaborar con el Estado en la administración de los recursos públicos destinados a la prestación de servicios de salud; pudiendo tener a su cargo uno o más establecimientos del primer nivel de atención del Ministerio de Salud.

Obligaciones de la Asociación.- Son obligaciones de la Asociación CLAS las siguientes:

- a) Velar por el cumplimiento de las normas legales que aseguren su vigencia institucional;
- b) Administrar los recursos humanos, económico-financieros, materiales, de infraestructura o de otra naturaleza que le sean transferidos mediante el Contrato de Administración Comparativa;
- c) Proporcionar, en coordinación con la estado de salud de la población de su ámbito, así como la información de los avances y problemas en la ejecución del PSL;

- d) Llevar a cabo un control social respecto de la prestación de servicios de salud que brindan los establecimientos bajo su administración, comprobando la cantidad y oportunidad de los servicios;
- e) Ejecutar directamente al Programa de Salud Local y ejecutar los recursos presupuestados en el marco estricto de los compromisos del PSL;
- f) Rendir cuenta sobre los recursos transferidos, de conformidad a lo establecido en la presente Norma, así como en la legislación complementaria;
- g) Administrar el personal nombrado puesto a su disposición, el cual mantiene el régimen laboral y de pensiones al que pertenece;
- h) Mantener actualizado el padrón de identificación de usuarios de servicios de salud y la relación de personas a quienes se beneficia con la gratuidad o tarifas preferenciales en la prestación de servicios de conformidad a las normas que dicte la autoridad de salud;
- i) Programar e informar a las autoridades de salud sobre los avances, resultados y metas que se tracen en salud colectiva y en salud individual, número de personas atendidas y de atenciones, así como número, porcentaje y tipo de atenciones exoneradas de acuerdo al padrón a que se hace referencia en el literal anterior. El cumplimiento eficiente de estos avances, resultados y metas es un indicador que sirve para medir el rendimiento de la Asociación CLAS;
- j) Responder por la integridad de los recursos entregados a su administración, así como mantenimiento que se le brinde, conforme a las normas administrativas y contables vigentes; y

- k) Remitir al Registro Nacional de CLAS, la documentación a que se refiere el Artículo 11° de la presente Norma.

Facultades de la Asociación.- La Asociación CLAS tiene las siguientes atribuciones:

- a) Llevar a cabo el proceso de selección y contratación del personal adicional si fuere necesario para el cumplimiento de sus fines, el que deber responder a los compromisos objetivos del programa y del PSL;
- b) Evaluar periódicamente el desempeño de su personal;
- c) Mejorar las condiciones de trabajo del personal en función a su evaluación de desempeño laboral y su productividad;
- d) Determinar el horario de atención de los establecimientos de salud en coordinación con la Gerencia de la Red o la Dirección Regional de Salud, según corresponda;
- e) Solicitar donaciones, presentar proyectos de inversión a organismos cooperantes privados, nacionales o extranjeros, suscribir convenios de cooperación técnica para mejorar la calidad de sus servicios y la capacidad resolutive de los establecimientos de salud que administra, con conocimiento, coordinación y conformidad de la Dirección Regional de Salud o la Gerencia de la Red, según corresponda. Para tal efecto deberán solicitar el reconocimiento institucional ante las autoridades competentes; y
- f) Administrar los recursos directamente recaudados provenientes de los servicios que presta el establecimiento de salud, así como los originados por donaciones o legados.

Régimen laboral de los trabajadores contratados por el CLAS.- La Asociación CLAS contrata a su personal bajo régimen laboral de la actividad privada, debiendo cumplir con las obligaciones según corresponda por concepto de beneficios sociales, o retenciones de tributos u otros establecidos por Ley. Toda cancelación por horas extraordinarias se efectúa por planilla.

Adecuación de las Asociaciones CLAS a las zonas de aplicación inicial.- La Asociación CLAS integrada a la red de establecimientos de servicios de salud que determine la Dirección Regional de Salud respectiva se adecua a la modalidad de gestión y de atención que se determine para las redes en las zonas de aplicación inicial de la reforma.

Requisitos para ser miembro de la Asociación CLAS.- La comunidad y la Dirección Regional de Salud deberán tomar en consideración los siguientes criterios para la selección de los miembros de la Asociación CLAS:

- a) Ser mayor edad;
- b) Carecer de antecedentes penales;
- c) Tener reconocida solvencia moral;
- d) Haber participado en labores comunitarias o pertenecer a instituciones locales de base;
- e) Tener domicilio fijo en el ámbito de la Asociación CLAS; y
- f) Haber sufragado en las últimas elecciones.

En los casos de los literales b) y e), de conformidad a lo establecido en la Ley N° 25035, Ley de Simplificación Administrativa, mediante declaración

jurada se dejará constancia de que carece de antecedentes penales y que domicilia en la localidad, ámbito de la Asociación CLAS.

Órganos de la Asociación CLAS.- La Asociación CLAS está conformada por una Asamblea General, un Consejo Directivo y una Gerencia.

Asamblea General.- Está conformada por siete miembros, tres representantes de la comunidad; tres designados por la Dirección Regional de Salud mediante Resolución Directoral; y el sétimo es el jefe del establecimiento de salud, también designado como gerente por la Dirección Regional de Salud mediante Resolución Directoral.

Con relación a las obligaciones que asume la Asociación CLAS con el Estado, compete a la Asamblea General, entre otras atribuciones que apruebe su Estatuto, las siguientes:

- a) Aprobar el Programa de salud Local y sus reportes de ejecución;
- b) Aprobar las cuentas, balances, estados financieros y memoria anual de la Asociación;
- c) Supervisar el cumplimiento de los planes de desarrollo y de la política de la Asociación.
- d) Proponer a la Dirección Regional de Salud el monto de las tasas por la prestación de los servicios en los establecimientos de salud;
- e) Responder por la integridad y mantenimiento del patrimonio estatal entregado a la Asociación; y
- f) Otros que especifique el Estatuto.

Consejo Directivo.- El Consejo Directivo es el responsable de dirigir y orientar la marcha administrativa de la Asociación para el cumplimiento de

sus fines. Está integrado por un Presidente (que a su vez lo es de la Asamblea General), un Secretario y un Tesorero.

El Consejo Directivo de la Asociación CLAS tiene, entre otras facultades que señale el Estatuto, las siguientes:

- a) Coordinar con la Dirección Regional de Salud y la Gerencia de la Red según corresponda, toda acción y gestión que compromete la administración de los recursos económicos, financieros, humanos y de infraestructura otorgados en administración.
- b) Supervisar y ratificar los actos de la Gerencia.
- c) Elaborar y Proponer para su aprobación a la Asamblea General los estados financieros y memoria anual.
- d) Informar a la Asamblea General sobre el avance de la ejecución del PSL.
- e) Otras que especifique el Estatuto.

La representación legal de la Asociación recae en el Presidente, a quién compete, entre otras funciones, abrir conjuntamente con el Tesorero la cuenta corriente de la Asociación en una institución bancaria privada de reconocido prestigio y solvencia económica, así como a autorizar al Tesorero y al Gerente a efectuar los pagos acordados por el Consejo Directivo.

El Secretario, tiene entre otras funciones, entregar o recibir por inventario los archivos, libros y documentos de la Asociación y del establecimiento de salud, redactar la correspondencia interna y externa y suscribirla conjuntamente con el Presidente, llevar los libros

de sesiones del Consejo Directivo, firmar las actas y dar lectura a toda la correspondencia que reciba la Asociación.

El Tesorero de la Asociación CLAS debe tener bajo su custodia los documentos financieros y contables de la Asociación, presentar el Balance General al Consejo Directivo, librar órdenes de pago, realizar el depósito de los fondos directamente recaudados en las respectivas cuentas corrientes de una entidad bancaria privada de reconocido prestigio y solvencia económica aprobada por la Asamblea, mancomunadamente girar cheques con el Gerente de la Asociación CLAS, así como elaborar conjuntamente con el Gerente la Declaración Jurada de Gasto mensuales por fuente de financiamiento y mantener informado al consejo directivo de la Asociación CLAS de los saldos disponibles de Recursos ordinarios y Recursos directamente recaudados.

Los cargos directivos del CLAS son honoríficos salvo el del gerente. La Asociación asume los gastos por movilidad, refrigerio cuando sus miembros deban realizar gestiones propias de la marcha institucional, ello en el marco de los montos asignados por el contrato y el PSL.

El Estatuto señalará el procedimiento de renovación de los miembros del Consejo Directivo así como el tiempo de permanencia en cada cargo.

La Gerencia:- El cargo de Gerente recae en el Jefe del establecimiento sede de la Asociación CLAS o el de mayor nivel resolutivo, designado mediante Resolución Directoral; estando el desempeño de sus funciones

supervisado – evaluado periódicamente por el Consejo Directivo y tiene como funciones, entre otras señaladas en el Estatuto: preparar en coordinación con la Dirección Regional de Salud el proyecto del PSL, girar cheques siendo responsable de la presentación a la DIRESA del Informe de Avance de Metas del PSL, girar cheques mancomunadamente con el Tesorero de la Asociación previa aprobación del Consejo Directivo, velar por el mantenimiento de la infraestructura, existencia y conservación de los equipos, bienes, insumos, medicamentos y enseres entregados por su administración y remitir al Registro Nacional de Asociaciones CLAS la documentación correspondiente, asimismo elaborará conjuntamente con el tesorero la Declaración Jurada de Gastos por fuente de financiamiento con una periodicidad mensual.

Causales de remoción de los miembros de la Asociación CLAS.- La Asamblea General tendrá en cuenta las siguientes causales, entre otras que señale el Estatuto, para la remoción de los miembros:

1. Inhabilitación por sentencia judicial;
2. Por Resolución Administrativa que determine que ha incurrido en falta;
3. Inasistencia reiterada a cuatro sesiones del Consejo Directivo;
4. Aprobación de los recursos del Estado o cometer acto que atente contra el patrimonio de la Asociación o de los establecimientos;

5. Cuando la Verificación Administrativa y/o Contable concluya que los miembros de la Asociación recomienda el inicio de las acciones judiciales pertinentes;
6. Cuando por fuentes verificables e informe sustentado por el DISA se promuevan actividades que contradigan la política del sector;
7. Aprobar su condición de miembro de la Asociación para realizar actividades ajenas a los fines de la misma;
8. En el caso del gerente debe relevarse como causal adicional el incumplimiento de los resultados, avances y metas sanitarias contratadas en el PSL luego de por lo menos seis meses de gestión;
9. Otros que detalle y precise el Estatuto.

LAS DIRECCIONES REGIONALES Y EL PROGRAMA DE ADMINISTRACION COMPARTIDA

Rol de la Dirección Regional de Salud.- La Dirección Regional de Salud debe realizar las siguientes acciones para el desarrollo y fortalecimiento de la Administración Compartida.

- a) Definir los lineamientos de acción que deben seguir las dependencias a su cargo para el PAC, asegurando la promoción, información y la asistencia técnica para un óptimo desarrollo de las Asociaciones CLAS en el área administrativa y médico epidemiológica, así como, del adecuado funcionamiento del Comité Integrado de Gestión;
- b) Supervisar el desarrollo adecuado del PSL;

- c) Supervisar el cumplimiento de las normas técnicas, administrativas, sanitarias y epidemiológicas;
- d) Definir la organización territorial de los establecimientos de salud a ser incorporados a la AC;
- e) Designar mediante Resolución Directoral al Gerente de la Asociación CLAS y a los miembros de la comunidad que los representarán en la Asamblea General de la Asociación.
- f) Brindar apoyo técnico al Gerente de la Asociación CLAS para la elaboración del PSL;
- g) Supervisar, evaluar y controlar mensualmente el desenvolvimiento de las Asociaciones CLAS con relación a aspectos de contratos, estados financieros y al cumplimientos del PSL y disponer las acciones correctivas;
- h) Remitir mensualmente a la Coordinación del PAC del Nivel Central un Reporte Gerencial sobre los resultados de la evaluación y monitoreo del a ejecución del PSL y otros aspectos relevantes del ítem anterior para su incorporación, evaluación y calificación en los criterios de monitoreo departamentales;
- i) Recabar mensualmente de las Asociaciones CLAS de la Declaración Jurada de Gastos y Reporte de Avance de cumplimiento de metas del PSL;
- j) Poner a disposición de la Asociación CLAS al personal nombrado del ámbito respectivo, que permita el cumplimiento de metas del PSL;
- k) Proporcionar la infraestructura física, mobiliario, equipos, medicamentos, insumos y otros necesarios para el cumplimiento del PSL;

- l) Asesorar a la Asociación CLAS en los concursos del personal y participar en el jurado calificador;
- m) Proponer con informe técnico los expedientes de nuevas Asociaciones CLAS, así como los correspondientes contratos suscritos para su funcionamiento una vez cumplidos los requerimientos planteados por el Decreto Supremo N° 01-94-SA;
- n) Formular los expedientes técnicos y autorizar las solicitudes que sobre adquisición de equipos médicos o infraestructura requiera la Asociación CLAS;
- o) Organizar en coordinación con el PAC, los programas de capacitación para el personal o dirigentes comunales integrantes de la Asociación CLAS;
- p) Disponer la Verificación Administrativa y Contable correspondiente de los estados financieros en el mes de noviembre de cada año y monitorear el cumplimiento de las recomendaciones de la misma;
- q) Emitir un dictamen sobre la conformidad de la ejecución del PSL y sobre los estados financieros. El dictamen favorable de los estados financieros examinados a la Asociación CLAS constituye el documento fuente que sustenta la asignación de recursos económicos y financieros para el siguiente ejercicio fiscal.
- r) En situaciones de emergencia o desastre el Director Regional de Salud dispondrá la intervención de los servicios a cargo de las Asociaciones CLAS en los términos que se requieren para la mejor atención a la población;

- s) Apoyar a las Asociaciones CLAS en la organización y funcionamiento de las farmacias y en general en todo acto que facilite la ejecución del PSL; y
- t) La Dirección Regional de salud será responsable del archivo y custodia de las Declaraciones Juradas de Gasto y Reporte de Avance de cumplimiento de metas del PSL.

CONTRATO DE ADMINISTRACION COMPARTIDA

Contrato de Administración Compartida.- Mediante el Contrato de Administración Compartido el Estado, representado por la Dirección Regional de Salud, transfiere a una Asociación CLAS la administración de los recursos humanos, económicos, financieros y de infraestructura de los establecimientos de salud. El servicio de administración que brinda dichas Asociaciones al Estado es a título gratuito y fortalece la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud.

El Contrato de Administración Compartida tiene una vigencia de tres (03) años fiscales pudiendo ser renovado por plazos similares. En él se establecen las facultades y obligaciones de las partes relativas a la ejecución del Programa de Salud Local –PSL-.

La Asociación CLAS mediante el Contrato de Administración Compartida podrá asumir la administración de uno o varios establecimientos de salud de mayor capacidad resolutive ser la sede de la Asociación CLAS, representarán a las comunidades donde se encuentran ubicados los establecimientos de salud.

Suscripción del Contrato de Administración Compartida.- Los contratos de administración compartida deberán celebrarse utilizando como modelo el contrato que autorizará la Coordinación General del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión. El Contrato de Administración Compartida será en adelante el único contrato formal de la modalidad. Las partes que lo suscriben deben acreditar tener representatividad legal para dicho Contrato:

1. El Director de Salud acreditará su representatividad mediante el dispositivo de designación o encargatura; y
2. El Presidente de la Asociación CLAS acreditará su representatividad a través de la copia de la Minuta de Constitución o del Certificado de los Registros Públicos en que conste la inscripción de su cargo.

PROGRAMA DE SALUD LOCAL Y TRATAMIENTO DE LOS RECURSOS OTORGADOS EN ADMINISTRACION A LAS ASOCIACIONES CLAS

Programa de Salud Local (PSL).- El Programa de Salud Local (PSL) es el instrumento técnico que describe la programación de la atención básica correspondiente al primer nivel de atención incluyendo resultados, avances y metas en materia sanitaria a ser efectuados en la prestación de los servicios básicos de salud y sustenta los gastos y los recursos a ser asignados para el ejercicio presupuestal correspondiente.

Se establece en función a las prestaciones básicas de salud que el Estado ha priorizado conjuntamente con la comunidad, en función de las

características socio económicas, necesidades de salud y demanda de servicios de poblaciones en ámbitos territoriales definidos; corresponde centralmente al primer nivel de atención básica.

Contenido del PSL:- El contenido del PSL será determinado mediante directiva de la Coordinación General del PAC, el cual referencialmente incluirá:

- a) Un diagnóstico de situación incluyendo el aspecto socioeconómico, medio ambiental, sanitario, demográfico, y epidemiológico de la población referencial en el ámbito del contrato, diferenciando la situación según grupos etáreos y de riesgo, con los indicadores más relevantes que corresponda conforme a los lineamientos de política del Ministerio de Salud y prioridades locales; tomando como base de conocimiento objetivo el censo local;
- b) Las prioridades sanitarias locales y las de referencia nacionales y regionales que corresponden a la atención básica del primer nivel de atención;
- c) Los objetivos, avances, resultados e indicadores de cobertura, producción y de calidad, así como las estrategias relativas a los servicios básicos de salud respectivos;
- d) Estimado de costos directos e indirectos de producción por servicios y actividades;
- e) El presupuesto anual, mensualizado y por toda fuente;
- f) Información complementaria gráfica, geo referencial y mapas epidemiológicos, poblaciones y de red vial-social, que interrelacionados permitan estrategias operacionales.

Procedimiento de Asignación de fondos del Tesoro Público a las Asociaciones CLAS.-

- a) El PAAG en coordinación con la Dirección Regional de Salud, asignará a las Asociaciones CLAS los recursos económicos provenientes del Tesoro Público para la ejecución de las metas programadas en el PSL, formulando de acuerdo a las instrucciones metodológicas que emanan de la Dirección Regional de Salud, previa coordinación con el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión – PAAG; bajo criterios e información sistematizada;
- b) Una vez aprobado el Contrato de Administración Compartida cada CLAS presenta, para su revisión y aprobación a la Dirección Regional de Salud la programación trimestral del gasto, quien a su vez remitirá, el consolidado de las programaciones de las Asociaciones CLAS, a más tardar el día 05 del mes anterior al inicio del trimestre a la Coordinación del PAC para su elevación al PAAG;
- c) Aprobado el calendario de compromiso y con la aprobación del girado por parte del Ministerio de Economía y Finanzas, el PAAG procederá a efectuar la transferencia de los fondos mediante el depósito en la Cuenta Corriente del CLAS; previa presentación por parte de la Dirección Regional del documento CONFOROIDAD PARA EL GIRO;
- d) La transferencia de fondos se realizará en el mismo mes en que los recursos son habilitados al PAAG por el MEF.
- e) El PAAG depositará los fondos en la cuenta corriente de la Asociación CLAS apertura en una institución bancaria privada de primer nivel;

- f) La Asociación CLAS a través de la Dirección Regional de Salud remitirá mensualmente al PAAG nivel central, el documento “Conformidad de Recepción de Fondos”;

Tratamiento contable de los recursos administrados por las Asociaciones CLAS.- Como persona jurídica privada la Asociación CLAS deberá cumplir con llevar los libros y registros de contabilidad completa de acuerdo al Plan Contable General Revisado. El registro de las operaciones contables deberá estar respaldado por la firma de un Contador Público Colegiado, quien asumirá la responsabilidad por la veracidad de la información contenida en los mismos. Para estos efectos, previa evaluación, la Asociación CLAS deberá contratar sus servicios profesionales conforme al Régimen del Impuesto a la Renta de Cuarta Categoría.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA Y SALUD

El concepto de participación comunitaria en los asuntos que afectan a la supervivencia de la comunidad es tan antiguo como la historia humana y como una expresión del movimiento continuo que es parte de la vida comunitaria cotidiana, es a su vez una parte esencial de todas las sociedades humanas. (10)

Sin embargo, la idea de que este proceso lo pueden promover agentes ajenos a la comunidad es un concepto relativamente moderno. En la década de los años 1950 se comenzó a aplicar esta idea como desarrollo de las comunidades o promoción rural, para introducir nuevas tecnologías y mejorar la calidad de la vida. Estos programas tuvieron por meta

organizar y movilizar a las comunidades para ir en pos de objetivos determinados fuera de la comunidad, basados en que las comunidades acogerían las ideas, las innovaciones y las prioridades sugeridas por profesionales de la salud y del desarrollo. También se asumió que la comunidad carecía de antecedentes o de la estructura necesaria para movilizar sus propios recursos, por lo que correspondió al organismo de salud o desarrollo organizar la comunidad. Cuando inevitablemente se encontró resistencia, se hizo un esfuerzo por encontrar y convencer a las personalidades locales para de este modo movilizar a la comunidad de una manera más eficaz. Sin embargo, para fines de la década de los 60 ya era obvio que el método adoptado para el desarrollo de las comunidades no estaba produciendo los resultados esperados. (11)

En la década de los años 1970 se introdujeron nuevas estrategias para la organización y desarrollo completo e integral de las comunidades, pero aunque tuvieron resultados en algunos sectores, no se ha podido lograr la participación generalizada y sostenida de las comunidades en materias de salud. (12)

Varios factores han influido en esta situación, entre ellos la poca comprensión de que es lo que debe incluir la participación en la salud. En lugar de promover la participación, esos modelos son, manipulados, en el sentido de que tratan que la comunidad colabore en actividades en las que no tuvo nada que ver cuando se decidió iniciarlas, o bien autoritarios, ya que dan por hecho a un usuario pasivo que está agradecido de la atención que está recibiendo, y que la considera más como un favor que como un derecho. Muy pocas veces la participación comunitaria ha sido

definida y puesta en práctica como la participación en las decisiones sobre políticas, prioridades y servicios de salud. (13)

Se puede definir la participación comunitaria como el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo, contribuyendo conscientemente y constructivamente en el proceso de desarrollo. (14)

En el contexto actual hay que asumir la participación social en un sentido amplio ya que tiene que ver con las relaciones sociales, con la producción y usufructo de la cultura, y por ello con las relaciones de poder. Por esto estudiar y promover la participación social, parte de asumir que hay quienes no participan o quienes no lo hace de una manera suficiente. Esto justifica impulsar procesos de participación social en la lógica del desarrollo comprendido en relación con una visión de bienestar definido por la propia comunidad (la salud incluida). La intencionalidad de la participación social se comprende así, necesariamente, en su propósito de transformar las relaciones sociales y socializar la cultura.

Participación y salud.

El servicio de salud, junto a la educación, son servicios a brindar y garantizar en las comunidades para satisfacer el desarrollo social de la población, pero por lo general han sido implantados por personas o instituciones que no conocen y/o no tienen relaciones con la comunidad, lo cual puede llevar a que estos servicios no tengan aceptación y no cumplan sus objetivos ya que la población al no intervenir en ello le resta

efectividad a los esfuerzos que se hagan por garantizar la educación y la salud de los habitantes. Por esto la comunidad debe jugar un rol activo de autogestión, participación, responsabilidad e iniciativa en la solución de sus problemas de salud y el alcance de los objetivos, el desarrollo de la comunidad y con ello el desarrollo social. (15)

Con relación a esto la OMS plantea "La insistencia en que la gente debe hacerse responsable de su propia salud es un aspecto importante del desarrollo individual y colectivo. Con alta frecuencia se considera que un sistema eficaz de atención primaria es un servicio más eficiente, humano y útil; facilita un producto, la salud, que en realidad la gente debería alcanzar por sí misma. En lo posible la salud nunca debe "darse" o "facilitarse" a la población. Por el contrario, se debe ayudar a la gente a participar consciente y activamente en el logro y la promoción de su propia salud". (16)

El sector salud se ve afectado por la situación actual de la región de Las Américas y por su estructura tradicional de funcionamiento, expresada casi exclusivamente a través de una atención médica curativa más que a la salud lo que lo ha llevado a la incapacidad de proveer coberturas adecuadas y servicios de calidad aceptables. Esta situación ha creado en el sector salud la necesidad histórica de que se involucre en el liderazgo y promoción de procesos sociales amplios, de concertación para el desarrollo e impulso de la salud. Así podremos adecuarnos al hecho de tratar la salud como bienestar físico, mental y social y no simplemente como forma de vida sana por lo que para lograrla hay que ser capaz de identificar y realizar aspiraciones, de satisfacer necesidades y de

adaptarse al medio ambiente y tienen que existir condiciones y requisitos tan indispensables como la paz, la educación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad; esto hace ver la salud con sus tres determinantes fundamentales; el medio ambiente, los estilos de vida y la organización de los servicios de salud. (17)

EXTENSIÓN O INTENSIDAD DEL USO

La extensión del uso señala la proporción de la población objetivo que hizo contacto con un determinado servicio durante cierto periodo pero no dice si el contacto era necesario.

La extensión del uso se calcula dividiendo el número de usuarios por la población objetivo en un periodo dado. Ejemplo de éste indicador es la proporción de personas vacunadas o que consultaron los respectivos servicios en un periodo determinado. Erróneamente a lo anterior se le nombra "cobertura" de servicios, conociendo que esta, es la relación de servicios entre usuarios que realmente necesitan los servicios y los usan. (18)

Poco después de la Declaración de Alma Ata, la OPS en 1977, definió la cobertura como el resultado de una oferta eficaz y sistematizada de servicios básicos de salud que satisfagan las necesidades de salud de toda la población. Esta está muy relacionada con tres factores:

Disponibilidad: La cobertura depende de la existencia de una red de servicios, compuesta de establecimientos diseñados para atender tanto los problemas generales de salud como los específicos de diversos grupos de la población del País.

Accesibilidad: Los servicios deben estar al alcance de la población tanto geográfica, administrativa como cultural.

Calidad: La población busca los servicios en aquellos sitios en donde la atención es considerada mejor. (18)

Idealmente debiera coincidir, la población con necesidad, con la población que usa los servicios, pero en la realidad solo una parte de quienes los necesitan los usan, causando esto, que gran parte de la población que necesita el servicio no lo reciba y al contrario algunos de los que lo reciben no lo necesitan.

Por lo tanto la disponibilidad y la accesibilidad de la institución determinada por sus recursos constituyen la oferta de servicios y determina finalmente que la demanda se traduzca en uso.

La intensidad del uso se refiere a las veces que una misma persona recibió el servicio y ésta se denomina también concentración de la atención y puede ser evaluada a través de las consultas subsiguientes.

UTILIZACIÓN

Se define como la relación entre el recurso ocupado y el recurso existente por unidad de tiempo, con esto evaluamos el índice de recurso utilizado efectivamente y cuál es el índice de no utilización. Nos referimos por ejemplo al porcentaje de ocupación en los Hospitales, que indica en relación al recurso CAMA, la utilización de la misma en términos porcentuales.

PRODUCTIVIDAD Y RENDIMIENTO

Se define productividad como el número de servicios desempeñados por unidad de recurso existente en un tiempo dado. Por ejemplo la relación del número de egresos por cama en un año, el número de consultas por hora médico, dosis aplicadas por día, el número de placas realizadas por hora técnico o por máquina.

El rendimiento es la relación de las actividades o servicios desempeñados por unidad de recurso utilizado en un tiempo dado, o sea que no se toma el tiempo disponible sino el que realmente fue dedicado a su labor.

CALIDAD EN SALUD: No es fácil describir qué entendemos corporativamente por “calidad en salud”. Hay muchas respuestas porque son muchos los ámbitos a los que nos podemos estar refiriendo.

Para empezar a describir las ideas que todos tenemos muy claramente, acordemos en principio que entendemos por “Calidad, la totalidad de funciones, características (ausencia de deficiencias de un bien o servicio) o comportamientos de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores. Se trata de un concepto subjetivo dado que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor acerca del producto o servicio en cuestión” (19).

Esta es una definición que aunque consideramos bastante extensa, es muy completa, porque nos permite realizar un análisis ulterior de su contenido.

La definición expresa tres conceptos que estimamos de vital importancia: el primero que Calidad “es la totalidad de funciones, características o comportamientos de un bien o servicio”. No hay calidad que se pueda medir por solamente la apreciación o el análisis de alguna de las partes constitutivas del servicio recibido. La calificación se hace con carácter integral, es decir, evaluando “todas las características, funciones o comportamientos”.

El segundo concepto que deseamos destacar, (porque lo consideramos de suma importancia), es que “se considera un bien o un servicio con calidad cuando logra su fin, que es satisfacer las necesidades de los consumidores”. Aquellos que no lo logra, no se consideran que son de calidad. Cliente que no sale satisfecho de un consultorio de un médico, no percibirá que fue atendido de buena manera (como a él le hubiera gustado, habiendo satisfecho sus expectativas) no habrá recibido una atención “de calidad”. No importa lo que el profesional piense o de lo que esté convencido. Tampoco importarán ante los ojos del paciente, los resultados médicos que obtenga del tratamiento recomendado. El profesional de la salud podrá creer que trabajó calificadosamente, pero si no satisfizo las necesidades del paciente, éste no lo volverá a buscar por sobre todos los demás. Lógicamente que ante una menor percepción de haber sido atendida adecuadamente, la persona estará convencida que no recibió calidad, habrá menos satisfacción y más desagrado.

El tercer elemento fundamental de la definición es que la calidad es un concepto subjetivo, ya que lo que para una persona es bueno, para otra inclusive puede ser considerado como “de mala calidad”. El grado de

exigencia depende de una serie de circunstancias siendo fundamentalmente aquellas de orden cultural, social y económico. En salud sabemos que las personas de bajo nivel social se conforman con ser atendidos por el profesional, no importándoles en muchos casos tener que sufrir largos períodos de espera y que le sean otorgadas citas muy espaciadas y otras circunstancias que no son aceptadas por personas de otro nivel quienes están acostumbradas a otro tipo de atención y que por ende, exigen más. El concepto de calidad para ambas, simplemente es diferente.

Deseamos expresar un factor complementario a lo expuesto, que hará entender mejor todo aquello que expresemos líneas abajo: todo producto, bien o servicio, tiene dos maneras como puede percibirse su nivel de calidad: existe un primer criterio denominado como “calidad técnica” y otro conocido como “calidad funcional”. La primera está referida al cumplimiento de todos los requisitos indispensables que se desarrollan acordes con lo estrictamente científico, es decir, con el cumplimiento de los protocolos de atención analizados desde la óptica técnico-científica. Mirando desde otro lado del tema, la calidad funcional es conocida “como la manera como es brindado el servicio”, como la persona percibe que es atendida. (20)

Respecto a la identificación de la calidad funcional en salud, las cosas las vemos un poco difusas por que no conocemos que hayan sido definidos los parámetros en los que nos podríamos fundamentar para calificar si determinado servicio profesional ha guardado adecuados estándares de calidad funcional o subjetiva, salvo aquello que publicáramos en una obra

nuestra. Cuantificar el nivel de calidad percibido por un paciente, al entrar en los marcos de la subjetividad, es más difícil, salvo que se encuentren caminos para ello. Realizar Encuestas de Satisfacción a los pacientes es un modo de lograrlo.

Consignar una segunda definición de Calidad nos será muy provechoso: “Consiste en satisfacer o superar las expectativas de manera congruente. Es juzgar una realidad frente a una referencia, cuadro o contexto, seguida de evaluaciones sistemáticas. Exige siempre un estándar básico de referencia y un Indicador para verificar si ese estándar fue alcanzado o no”. (21)

Esta definición nos confirma que no todas las personas tienen iguales exigencias sobre la calidad y a la vez introduce varios conceptos interesantes: concebir algo como “de calidad” es juzgar una realidad frente a una referencia, seguida de evaluaciones sistémicas. Esto nos lleva a establecer que es exigible realizar una comparación y recién después emitir juicios, entre una realidad tangible y un estándar de comparación. Pensamos que es bastante complejo que no exista en nuestras profesiones médicas, parámetros de referencia para calificar a nuestros servicios de que “disponen de calidad”. Si la calidad es subjetiva para los pacientes, también lo será para nosotros los profesionales y gran problema tendremos si lo que nosotros conceptuamos como tal, no es coincidente con lo que piensan los pacientes.

Aparte de todas estas consideraciones, tenemos una situación adicional y es que los servicios no son considerados como bienes tangibles, aunque esta antigua percepción ha cedido el paso ante una nueva manera de

conceptuarlos (22). Siempre lo intangible es más difícil de calificar como bueno o malo, porque no se repite regularmente con resultados exactos y por qué el usuario es parte intrínseca de la prestación.

Para establecer un estándar de comparación que sea de gran utilidad para todos quienes ejercemos profesiones médicas, debemos recordar una definición del vocablo: “Estándar es un enunciado establecido por comités de expertos de expectativas que definen las estructuras, procesos y resultados que deben estar firmemente establecidos en una organización para que esta preste atención de calidad “

Si a “Estándar” se asociado el concepto de “Indicador” recordemos que este es “una variable objetiva, bien definida utilizada para controlar la calidad y/o propiedad de un aspecto de la atención médica”. Son las medidas de hasta qué punto se están satisfaciendo las necesidades y expectativas razonables de los clientes.

2.3 DEFINICIONES CONCEPTUALES

Accesibilidad: Condiciones necesarias para que las personas puedan obtener servicios de salud individual y colectiva, disminuyendo las barreras geográficas, socioeconómicas, organizativas y culturales.

Atributos: Características o propiedades de calidad que identifican al servicio de salud y que permiten caracterizarlo en niveles deseados.

CLAS: Comunidad Local de Administración de Salud

Comodidad: Aspectos físicos del establecimiento que permitan acoger a los usuarios en ambientes limpios y privados

Consentimiento informado: Acuerdo o aprobación voluntaria otorgado por un usuario quien entiende la información dada acerca de las condiciones, el servicio propuesto, los riesgos y beneficios, los resultados potenciales, las opciones y alternativas, y las consecuencias de aceptar o rechazar algún servicio propuesto por el responsable de la atención.

Continuidad: Interrelación administrativa-asistencial que existe dentro y entre establecimientos de salud de diferente capacidad resolutive para procurar la atención de una persona sin limitantes hasta la satisfacción de sus necesidades de salud.

Criterios de evaluación: Elementos referenciales que determinan el nivel del estándar y permite su calificación de una manera objetiva.

DIRESA: Dirección Regional de Salud

Eficacia: Uso correcto de las normas, protocolos y procedimientos en la gestión y prestación de servicios de salud individual y colectiva.

Eficiencia: Mejor respuesta sanitaria posible, al menor costo posible, con acciones especialmente dirigidas a los grupos más desfavorecidos

Efectividad: Logro de los mejores resultados en la prestación de los servicios y satisfacción de las expectativas de los usuarios

Establecimientos prestadores de salud: Aquellos establecimientos públicos o privados, cualquiera sea su denominación y categoría, que realizan actividades de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a promover, mantener o restablecer el estado de salud de las personas, familia y comunidad.

Estándar de estructura: Nivel deseado sobre aspectos organizativos o metodológicos necesarios para desarrollar la tarea asignada, asistencial, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estándar de proceso: Nivel deseado sobre todos los pasos a realizar para desarrollar la labor asistencial, rehabilitadora o de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estándar de resultado: Nivel de desempeño deseado para alcanzar un determinado resultado en salud.

Estándar: Nivel de desempeño deseado que se define previamente con la finalidad de guiar prácticas operativas que concluyan en resultados óptimos relativos a la calidad.

Estándares específicos: Niveles de desempeño deseado definido de manera concreta sobre aspectos propios de la realidad sanitaria diferenciada por nivel de complejidad, naturaleza jurídica y prioridades territoriales.

Estándares genéricos: Niveles de desempeño deseado definido de manera amplia, abarcando los diferentes componentes de la prestación

Evaluación externa especializada: Tercera fase del proceso de acreditación, está orientada a garantizar que las dos fases anteriores fueron realizadas con idoneidad, y por lo tanto, expide o niega la opinión de conformidad según escalas preestablecidas. Es una fase necesaria para acceder a la Resolución Ministerial/Presidencial otorgada por el

Ministerio de Salud/Gobiernos Regionales, para lo cual los Evaluadores Externos emiten un informe técnico de carácter institucional.

Evaluación: estudio de un fenómeno, o del grado de un evento en relación a la capacidad para lograr metas, resultados esperados en una organización, servicio, programa, población o usuarios.

Eventos adversos: Lesión, complicación, incidente o un resultado no deseado e inesperado en la salud del paciente, directamente asociado con la atención de salud.

Indicador: Instrumento que permite medir un aspecto de la prestación sanitaria y compararlo con un nivel previamente definido.

Información completa: Acceso a información, veraz, oportuna, demostrativa y comprensible de acuerdo a nivel sociocultural y educativo del usuario, que le permita tomar decisiones sobre su salud

Informe Técnico de la Autoevaluación: Documento que contiene los resultados de la autoevaluación realizada por los evaluadores internos y que sirve para precisar los hallazgos, las recomendaciones, la puntuación y la necesidad de elaboración de planes de inversión y/o proyectos de mejoramiento continuo.

Informe Técnico de la Evaluación Externa Especializada: Documento que contiene los resultados de la evaluación externa especializada, a cargo de evaluadores externos y sirve para precisar los hallazgos, las recomendaciones, la puntuación y la opinión de la calificación para la acreditación.

Integralidad: Acciones dirigidas a abordar las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida; a la familia y comunidad, conteniendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación realizadas de manera integrada

Manual de Estándares de Acreditación: Documento técnico que contiene los estándares, atributos relacionados, referencias normativas y criterios de evaluación en función de los macro procesos que se realizan en todo establecimiento prestador de salud y que sirve como instrumento para las evaluaciones.

Miembros de la sociedad civil: Son los actores sociales que vive permanentemente en el territorio adscrito a las CLAS

MINSA: Ministerio de Salud.

Oportunidad: Respuesta a una necesidad de salud en un tiempo que implique menor riesgo y mayor beneficio para la persona o la población.

PAAG: Programa de Administración de Acuerdos de Gestión

PAC: Programa de Administración Compartida

Participación ciudadana: Mecanismos y procesos que permiten a la población organizada intervenir y tomar decisiones respecto a las prioridades, políticas y estrategias sanitarias.

Plan de Salud Local (PSL): Es un documento de gestión participativa y concertada que se hace cada año y cuyo proceso de elaboración es

conducido por el órgano de cogestión y los jefes de los establecimientos de salud, de conformidad con las normas técnicas que dicta el Ministerio.

PSBPT: Programa de Salud Básica Para Todos.

Recursos Directamente Recaudados (RDR): Recursos financieros que se generan en los Establecimientos de Salud por la prestación de servicios de salud (atención médica, atención dental, certificados médicos, tópico, etc.) y la venta de medicamentos, los mismo que constituyen fondos públicos administrados por las Asociaciones CLAS.

Respeto al usuario: Considerar a la persona como sujeto de derecho, valorando su cultura y condiciones individuales.

Satisfacción del usuario externo: Es el balance favorable entre lo que la persona o población espera y lo que percibe de los servicios de salud.

Satisfacción del usuario interno: Es el balance favorable entre lo que el usuario interno espera de la organización y lo que percibe de ella.

Seguridad: Atención de salud, minimizando los riesgos que pueda provocar daño a la integridad física o a la salud de usuarios y personal del establecimiento de salud.

Servicios No Personales: Comprende los desembolsos por la contratación de servicios profesionales o técnicos en determinadas materias o labores, cuyo vínculo contractual se regula por la legislación civil. Modalidad usada por instituciones del Sector Público Nacional.

Servicios Públicos: Desembolsos realizados para atender el pago por conceptos de energía eléctrica, Agua y teléfono fijo de los Establecimientos de Salud bajo administración de las Asociaciones CLAS.

Trabajo en equipo: Personas con visión compartida que asumen responsabilidades y compromisos, complementan capacidades y desarrollan sus potencialidades para el logro de resultados.

Transferencia: Son recursos financieros no reembolsables provenientes del Gobierno Central o institución pública, orientados al cumplimiento de las actividades de prestación, gestión y participación descritas en el PSL de la Asociación CLAS, financiando principalmente las obligaciones generadas por la contratación de profesionales médicos, no médicos y técnicos de enfermería

2.4 BASES EPISTEMICOS

Antecedentes Epistemológicos

En el presente análisis, la Gerencia y la Administración, son criterios claves para guiar el estudio de las organizaciones sociales y el talento humano. La controversia en torno del concepto de Gerencia en los círculos académicos de todo el mundo nos remite a la filosofía de la ciencia, la política del conocimiento, el modelo de sociedad y el concepto de ser humano como actor individual y social.

ESCUELA DE LA ADMINISTRACION CIENTIFICA

Esta Escuela emplea en el lugar de trabajo el método científico para obtener resultados deseados. Frederick W. Taylor, “Padre de la Administración Científica”, fue quien fundamentó que la causa y solución potencial a los problemas de la industria era la administración y no la

fuerza de trabajo. Administración científica es el nombre que recibió debido al intento de aplicar los métodos de la ciencia a los problemas de la administración para lograr una gran eficiencia industrial. Los principales métodos científicos aplicables a los problemas de la administración son la observación y la medición. La teoría de la administración científica surgió en parte por la necesidad de elevar la productividad. A mediados del siglo XX, en Estados Unidos en especial, había poca oferta de mano de obra. La única manera de elevar la productividad era elevando la eficiencia de los trabajadores. Así fue como Frederick W. Taylor, Henry L. Gantt y Frank y William Gilbreth inventaron el conjunto de principios que se conocen como la teoría de la administración científica.

Teoría de la Administración Científica

Fundada por Frederick Taylor, se constituye en el primer intento de la Teoría de la Administración. La única forma de obtener la colaboración de los operarios se obtuvo apelando a los planes de incentivos salariales y de premios por la producción, y en la convicción de que el salario constituye la única fuente de motivación para el trabajador. Para Taylor, la gerencia adquirió nuevas atribuciones y responsabilidades descritas por los principios siguientes: Principio de planteamiento de una ciencia para sustituir a los viejos métodos empíricos. Principio de la preparación, selección científica y la instrucción y adiestramiento de los trabajadores. Principio de control del trabajo para certificar que está siendo ejecutado de acuerdo a las normas establecidas. Su interés principal era acrecentar la productividad mediante una mayor eficacia en la producción y un pago mejor para los trabajadores mediante la aplicación del método científico. Buscaba el desarrollo de los trabajadores hasta el grado más alto posible

para su propio beneficio y mayor prosperidad de la compañía, pues consideraba que al personal se debía seleccionar y capacitar cuidadosamente y dar el trabajo que podía hacer mejor.

ESCUELA DE ADMINISTRACION INDUSTRIAL

Esta Escuela se desarrolló en Francia, considera a Henry Fayol como “Padre de la Teoría Moderna de la Administración”, quien sostuvo que el éxito se debía no solo a cualidades personales, sino a los métodos que se empleara. Para aclarar las funciones administrativas, Fayol define el acto de administración como: planear, organizar, dirigir, coordinar y controlar. Aun reconociendo el empleo de la palabra administración como sinónimo de organización, Fayol hace una profunda distinción entre estas palabras. Para él, administración es un todo del cual la organización es una de las partes. Su concepto amplio y comprensivo de administración como un conjunto de procesos estrechamente relacionados y unificados, abarca aspectos que la organización por sí sola no abarcaría, tales como los de planeación, dirección y control. La organización abarca solamente el establecimiento de la estructura y de la forma, siendo por lo tanto estable y limitada.

CAPÍTULO 3 MARCO METODOLÓGICO

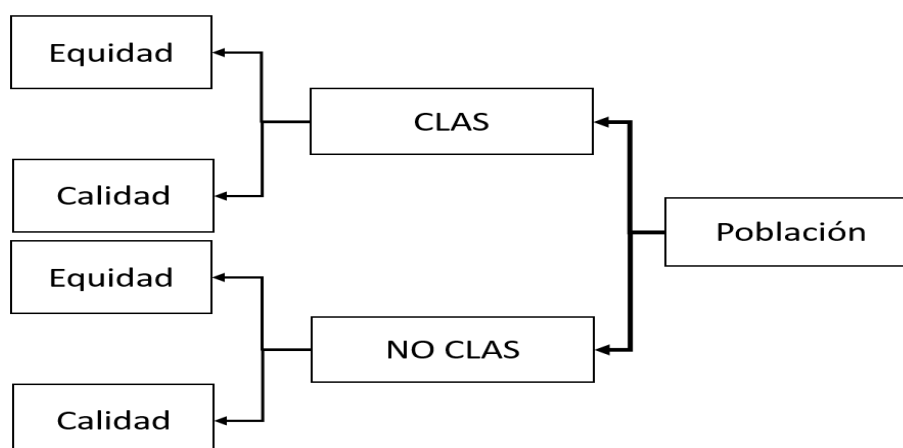
3.1 TIPO DE INVESTIGACION

El nivel del presente estudio es explicativo porque se va explicar comparativamente el desempeño de los establecimientos CLAS y No CLAS sobre la base de equidad y calidad de los servicios ofertados.

El estudio es de tipo retrospectivo porque se van a recolectar los datos de los establecimientos indicados que corresponden al año 2015. Es de tipo observacional porque no se va manipular ninguna variable de estudio, por el contrario se va describir y compararlas. Es de tipo transversal porque los datos se van a recolectar en un determinado momento, sin hacer un corte en el tiempo. Es analítico porque se van analizar las variables de estudio a fin de precisar la eficiencia en la atención en los establecimientos de salud.

3.2 DISEÑO Y ESQUEMA DE INVESTIGACION

El diseño de estudio será semejante al de casos y controles, adaptado para análisis de variables administrativas.



3.3 POBLACION Y MUESTRA

POBLACION

La población objetivo de la investigación estuvo conformada por los 55 establecimientos de salud (39 CLAS y 16 No CLAS). Establecimientos de Salud que existen en la provincia de Huánuco, los cuales se encuentran distribuidos en los 12 distritos y benefician a un total de 310,665 habitantes.

Para efectos del presente estudio se consideraran los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Se incluyeron a los distritos que a la fecha contaban con establecimientos CLAS Y No CLAS, para efectos de comparación.
- Se incluyeron para efectos de estudio solo la provincia de Huánuco, considerando que es la población objetivo.

Criterios de exclusión

- Se excluyeron a los distritos que solo contaban con establecimientos CLAS o los que solo tuvieron establecimientos No CLAS
- Se excluyeron a todas las provincias, a excepción de la provincia de Huánuco.

MUESTRA

Considerando los criterios de inclusión y exclusión, la muestra estuvo constituido por los siguientes distritos:

Nº	DISTRITO	CLAS	NO CLAS	TOTAL
1	Huánuco	2	2	4
2	Amarilis	1	1	2
3	Chinchao	1	1	2
4	Sta. María del Valle	3	3	6
TOTAL		7	7	14

3.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

Guía de observación: Se elaboró una ficha de recopilación de datos para determinar si se cuenta con los instrumentos de trabajo para la aplicación de los cuestionarios.

Guía de entrevista: A través del cual se obtuvo información sobre el desempeño de los establecimientos CLAS y No CLAS, así como datos de interés para la elaboración del presente trabajo de investigación.

Cuestionario: Se utilizó Instrumentos propios e instrumentos ya existentes y de uso oficial del MINSA, dentro de los cuales tenemos: Matriz de equidad y número de atenciones, mismas que sirvieron para medir la extensión de uso de cada establecimiento CLAS y No CLAS. También se utilizó la encuesta JDI (Job Descriptor Index), la cual ha sido validada internacionalmente; para determinar la satisfacción del usuario interno, misma que es utilizada por el MINSA el cual consta de 28 Preguntas, divididos en 3 partes: Primera Parte: información de carácter general de los trabajadores (condición de trabajo, establecimiento de procedencia, grupo ocupacional, tiempo de servicios y área de trabajo), Segunda Parte: está referida a la encuesta en sí, esto es el despliegue de las preguntas de acuerdo a los factores considerados (Trabajo actual, trabajo general, interacción con el jefe inmediato, oportunidades de

progreso, remuneraciones e incentivos, interrelación con los compañeros de trabajo y ambiente de trabajo), Tercera Parte: Esta dedicada a recoger los comentarios del personal de salud. Para medir la satisfacción del usuario externo se utilizó la encuesta SERVQUAL modificada, para su uso en los Establecimientos de Salud y Servicio Médico de Apoyo (SMA), la misma que incluye 22 preguntas de Expectativas y 22 preguntas de Percepciones, distribuidos en 5 criterios de evaluación de la Calidad: Fiabilidad (preguntas del 1 al 5), Capacidad de Respuesta (preguntas del 6 al 9), Seguridad (preguntas del 10 al 13), Empatía (preguntas del 14 al 18), Aspectos Tangibles (preguntas del 19 al 22). Para medir el desempeño de los establecimientos CLAS se utilizó la ficha de evaluación técnica regional de las asociaciones CLAS del MINSA, la cual tiene por objetivo evaluar cuantitativa y cualitativamente el desempeño alcanzado por las Asociaciones CLAS del ámbito regional y mide 3 atributos; a) Técnica-asistencial, incluyendo las tendencias de los 02 últimos años y el grado de atención a la demanda, b) Área de vida institucional y participación comunitaria y c) Área contable-financiera y legal. Para los establecimientos No CLAS se utilizó este mismo instrumento, con algunas modificaciones, debido a que estos establecimientos no manejan dinero de manera directa

3.5 TÉCNICAS DE RECOJO, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS

TECNICAS

Las técnicas que se utilizaron para el desarrollo del presente trabajo de investigación fueron:

Técnica Documental: En donde se utilizó fuentes primarias de información como monografías de temas relacionados, publicaciones de revistas concernientes al tema, también se utilizara datos de informes técnicos relacionados al tema y por último se recurrió a los hallazgos y conclusiones de tesis inherentes al tema, las cuales fueron la base del presente marco teórico.

Técnica de campo: En donde se usó las siguientes técnicas:

Observación: A través del cual se reunió información para el análisis del estado actual de los recursos humanos, tecnológicos, logísticos, de gestión y de infraestructura de los Establecimientos visitados.

Entrevista: Se realizó la entrevista a los gerentes y jefes de establecimientos visitados, para la obtención de información de interés para el presente trabajo de investigación.

Encuesta: Nos permitió conocer la información que tienen los gerentes y jefes de establecimientos y pobladores de la provincia de Huánuco con relación al desempeño de los Establecimientos CLAS y No CLAS en base a la equidad y calidad de los servicios ofertados.

PROCESAMIENTO

Luego de disponer de los instrumentos estos fueron aplicados en cada establecimiento CLAS y No CLAS seleccionado, mediante la Ficha de Evaluación Técnica Regional anual de desempeño de las Asociaciones CLAS del MINSA, la cual consta de tres partes; Técnico Sanitario (el cual mide 4 indicadores de desempeño asistencial), Participación Comunitaria (el cual mide 6 indicadores de participación de la comunidad y miembros de la asociación, así como cumplimiento de documentos administrativos)

y Contable Financiero (el cual mide 5 indicadores de gestión financiera y cumplimiento de obligaciones laborales). Así mismo la matriz de equidad y el número de atenciones, permitió obtener la extensión de uso de cada establecimiento de salud. Las encuestas de satisfacción del usuario interno y externo también fueron procesadas para obtener los resultados de cada establecimiento. Dichos datos fueron sometidos a validación a través del programa Excel y SPSS.

CAPÍTULO 4 RESULTADOS

4.1 PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

4.1.1 Interpretación y análisis de los resultados

Tabla 1. Número total de Establecimientos de Salud de la provincia de Huánuco, 2015.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR DISTRITOS		CLAS	NO CLAS	TOTAL
1	Huánuco	1	3	4
2	Amarilis	0	6	6
3	Chinchao	6	1	7
4	Churubamba	7	0	7
5	Margos	4	0	4
6	Quisqui	3	0	3
7	Cayran	2	0	2
8	Chaulan	3	0	3
9	Sta. María del Valle	3	8	11
10	Yarumayo	3	0	3
11	Pillco Marca	1	0	1
12	Yacus	4	0	4
TOTAL		37	18	55

Fuente: Elaboración propia

Análisis

En la provincia de Huánuco se cuenta con un total de 55 establecimientos de salud, distribuidos en los 12 distritos que lo conforman, de los cuales un 67.3% corresponden a establecimientos administrados bajo la modalidad de CLAS, el restante 32.7% corresponde a establecimientos de salud administrados bajo la modalidad de SALUD BASICA PARA TODOS (NO CLAS), para el presente estudio se tomó un total 14 establecimientos de salud (7 CLAS Y 7 NO CLAS), los cuales se encontraban distribuidos en 4 distritos de la provincia de Huánuco.

Tabla 2. Establecimientos CLAS y NO CLAS de la provincia de Huánuco
2015 para el estudio

N°	Distrito	Categoría	Urbano/Rural	Población
HUANUCO				
1	C.S. APARICO POMARES	I - 3	U	43,521
2	P.S. COLPA BAJA	I - 2	R	2,637
3	C.S. LAS MORAS	I - 3	U	40,447
4	P.S. NAUYAN RONDOS	I - 1	R	1,318
AMARILIS				
5	C.S. CARLOS SHOWING FERRARI	I - 4	U	54,512
6	C.S. PERU COREA	I - 4	U	10,266
CHINCHAO				
7	P.S. STO. TORIBIO DE CHINCHAO	I - 2	R	1,308
8	P.S. PUENTE DURAND	I - 2	R	2,615
SANTA MARIA DEL VALLE				
9	C.S. SANTA MARIA DEL VALLE	I - 3	U	4,780
10	P.S. TAMBO DE SAN JOSE	I - 2	R	1,668
11	C.S. SAN SEBASTIAN DE QUERA	I - 3	R	1,875
12	P.S. PACHABAMBA	I - 2	R	1,875
13	P.S. MITOQUERA	I - 1	R	835
14	P.S. INGENIO BAJO	I - 1	R	625

Fuente: Elaboración propia

168,282

Análisis:

Luego de aplicar los criterios de inclusión y exclusión al total de la población, se puede observar que la población administrada bajo la modalidad de Establecimientos CLAS representaba un 36.81% (61,938 habitantes) y la población administrada bajo la modalidad de Establecimientos NO CLAS representaba un 63.19% (106,344 habitantes), teniendo como población total 168, 282 habitantes.

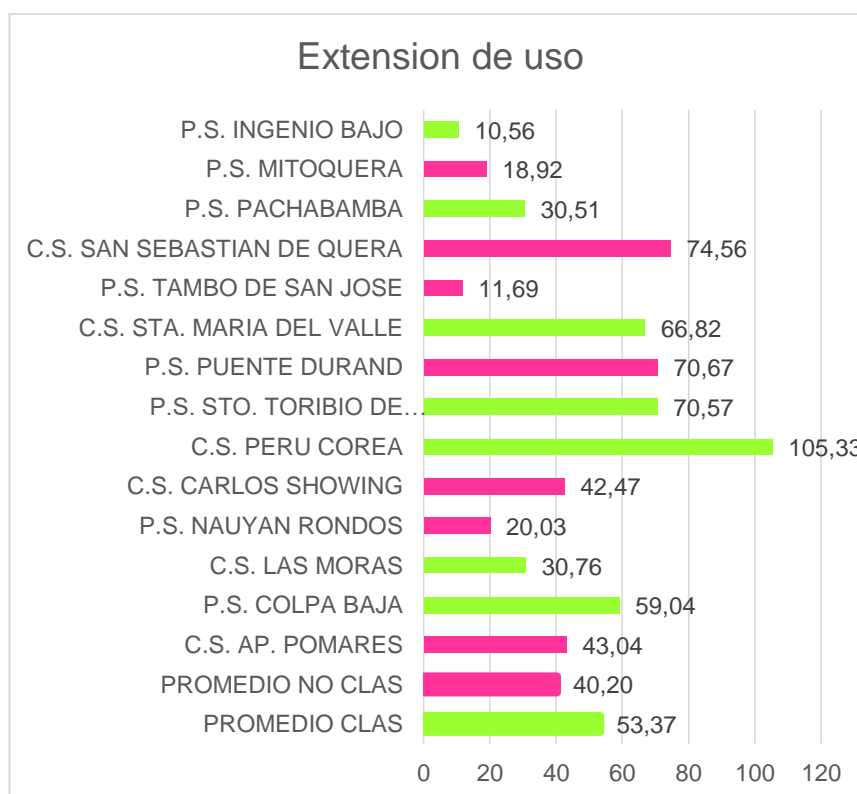
4.2 EXTENSIÓN DE USO ESTABLECIMIENTOS CLAS Y NO CLAS

Tabla 3. Extensión de uso de los establecimientos de salud de la provincia de Huánuco 2015

DISTRITOS/ESTABLECIMIENTOS		Población	Atendidos	Extensión de uso
HUANUCO				
1	C.S. AP. POMARES	43,521	18,732	43.04
2	P.S. COLPA BAJA	2,637	1,557	59.04
3	C.S. LAS MORAS	40,447	12,442	30.76
4	P.S. NAUYAN RONDOS	1,318	264	20.03
AMARILIS				
5	C.S. CARLOS SHOWING	54,512	23,152	42.47
6	C.S. PERU COREA	10,266	10,813	105.33
CHINCHAO				
7	P.S. STO. TORIBIO DE CHINCHAO	1,308	923	70.57
8	P.S. PUENTE DURAND	2,615	1,848	70.67
SANTA MARIA DEL VALLE				
9	C.S. STA. MARIA DEL VALLE	4,780	3,194	66.82
10	P.S. TAMBO DE SAN JOSE	1,668	195	11.69
11	C.S. SAN SEBASTIAN DE QUERA	1,875	1,398	74.56
12	P.S. PACHABAMBA	1,875	572	30.51
13	P.S. MITOQUERA	835	158	18.92
14	P.S. INGENIO BAJO	625	66	10.56
PROMEDIO CLAS		61,938	29,567	53.37
PROMEDIO NO CLAS		106,344	45,747	40.20

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1

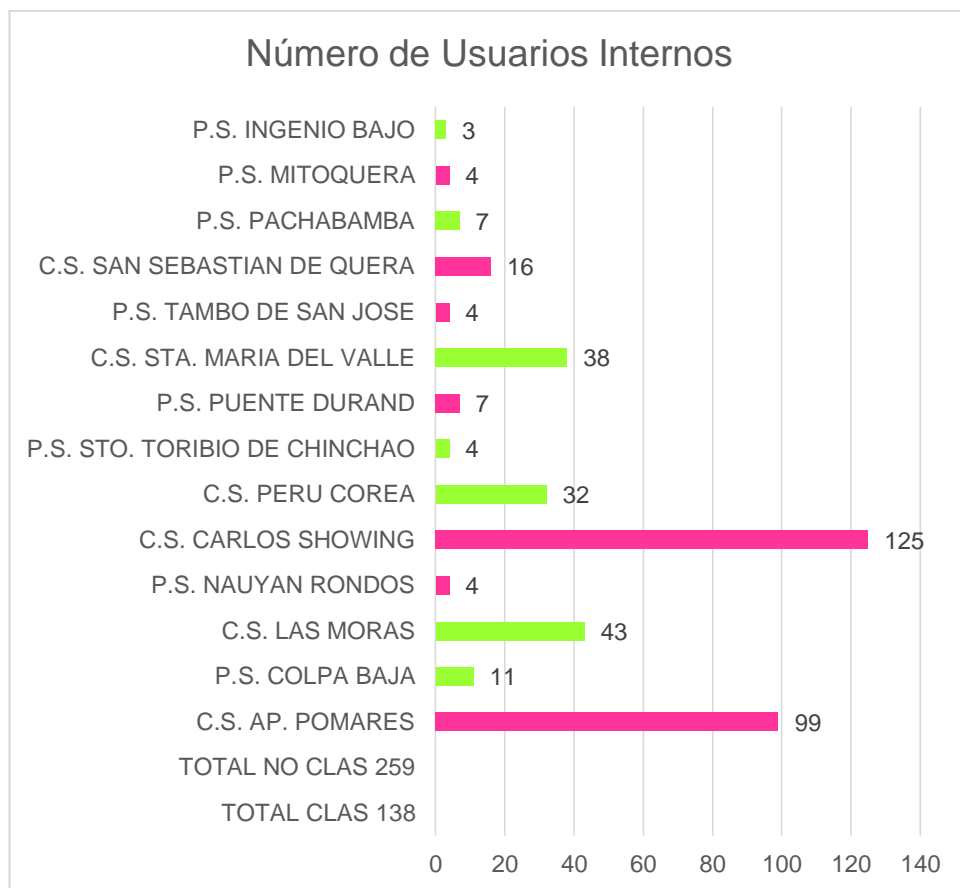


Análisis:

La extensión de uso mide el número de personas que son atendidas en un determinado establecimientos de salud en un periodo de tiempo, en la presente tabla y Gráfico podemos observar que los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS tienen un 53.37%, lo cual indica que en dichos establecimientos de cada 100 habitantes de la jurisdicción, 53 personas son atendidas o reciben una atención por parte de los profesionales de dichos establecimientos. Cifra mayor en relación a los establecimientos NO CLAS, en donde podemos observar que no se atiende ni siquiera a la mitad de la población asignada a la jurisdicción. Uno de los factores que influye para esta diferencia es que los establecimientos CLAS perciben el dinero de las atenciones de manera directa, siendo así, mientras más atenciones tengan esto se traduce en más ingresos económicos para el establecimiento, lo cual permite contratar más recurso humano, mejorar el equipamiento, brindar incentivo a los trabajadores de salud, incentivos a los agentes comunitarios de salud y finalmente dar solución a las prioridades de manera local. Del mismo modo los establecimientos CLAS se preocupan por tener mayor cantidad de población afiliada al seguro integral de salud, puesto que la mayor parte del financiamiento se realiza a través de este seguro.

4.3 ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO INTERNO

Gráfico 2



Análisis

Se encuestaron a 397 trabajadores de salud entre personal asistencial y administrativo de los 14 establecimientos de salud, a los cuales se aplicó la encuesta de satisfacción del personal de salud del Ministerio de salud, de los cuales 138 fueron trabajadores de los establecimientos CLAS, con un 34.76% y 259 fueron trabajadores de los establecimientos No CLAS con un 65.24%. Los establecimientos más grandes y con mayor número de trabajadores fueron el Centro de Salud Carlos Showing Ferrari y el Centro de Salud Aparicio Pomares, ambos establecimientos No CLAS.

Tabla 4. Puesto de trabajo dentro del establecimiento de salud

Categorías	Tipo de administración		Total
	CLAS	NO CLAS	
Director/jefe de EE.SS.	N 7	7	14
	% 5.1%	2.7%	3.5%
Personal asistencial	N 123	226	349
	% 89.1%	87.3%	87.9%
Personal administrativo	N 2	19	21
	% 1.4%	7.3%	5.3%
Personal de Servicio	N 6	7	13
	% 4.3%	2.7%	3.3%
Total	N 138	259	397
	% 34.76%	65.24%	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3**Gráfico 4**

Análisis:

Para determinar la calidad de atención que brindan los establecimientos CLAS y No CLAS en el mercado de la salud durante el año 2015, se aplicaron encuestas de satisfacción a usuarios internos y externos, los cuales se pasan a detallar. Para conocer la satisfacción del usuario interno (trabajadores de salud) se aplicó un total de 397 encuestas, de los cuales 138 pertenecen a trabajadores de los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS, haciendo un 34.76% y 259 pertenece a trabajadores de los establecimientos administrados bajo la modalidad No CLAS, haciendo un 65.24%, de los cuales en ambos grupos se puede apreciar que la mayor población entrevistada está constituida por personal de salud asistencial; 89% y 87% respectivamente, seguido del personal administrativo en los establecimientos No CLAS (7.3%) y personal de servicio en los establecimientos CLAS (4.3%), así mismo se logró entrevistar al 100% de los jefes de los 14 establecimientos que formaron parte del estudio.

Tabla 5. Grupo ocupacional al que pertenece

Grupo ocupacional	Tipo de administración		Total
	CLAS	NO CLAS	
Médico	N 12 % 8.7%	28 10.8%	40 10.1%
Enfermera	N 32 % 23.2%	77 29.7%	109 27.5%
Obstetriz	N 34 % 24.6%	55 21.2%	89 22.4%
Odontólogo	N 7 % 5.1%	8 3.1%	15 3.8%
Psicólogo	N 3 % 2.2%	5 1.9%	8 2.0%
Nutricionista	N 1 % 0.7%	2 0.8%	3 0.8%
Trabajador social	N 0 % 0.0%	2 0.8%	2 0.5%
Técnico enfermería/auxiliar	N 41 % 29.7%	56 21.6%	97 24.4%
Técnico administrativo	N 2 % 1.4%	19 7.3%	21 5.3%
otros	N 6 % 4.3%	7 2.7%	13 3.3%
Total	N 138 % 34.76%	259 65.24%	397 100%

Fuente: Elaboración propia

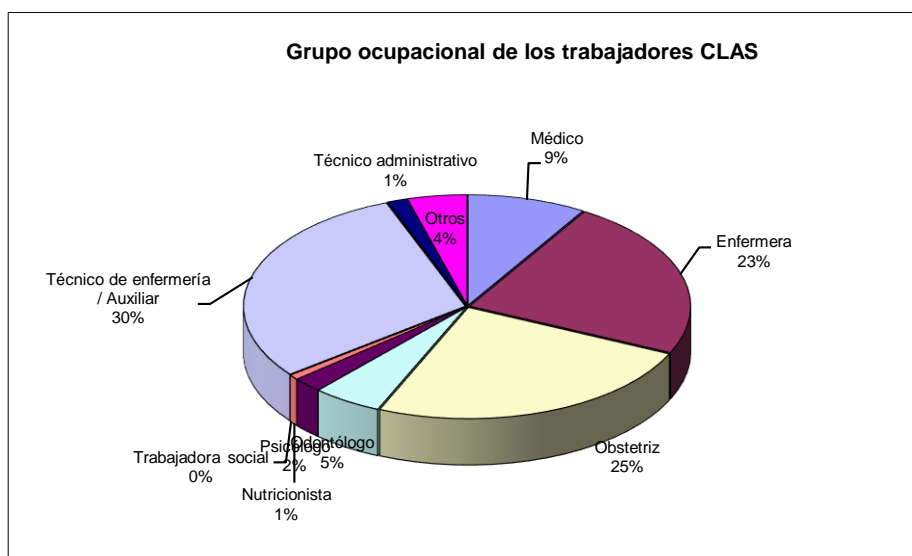
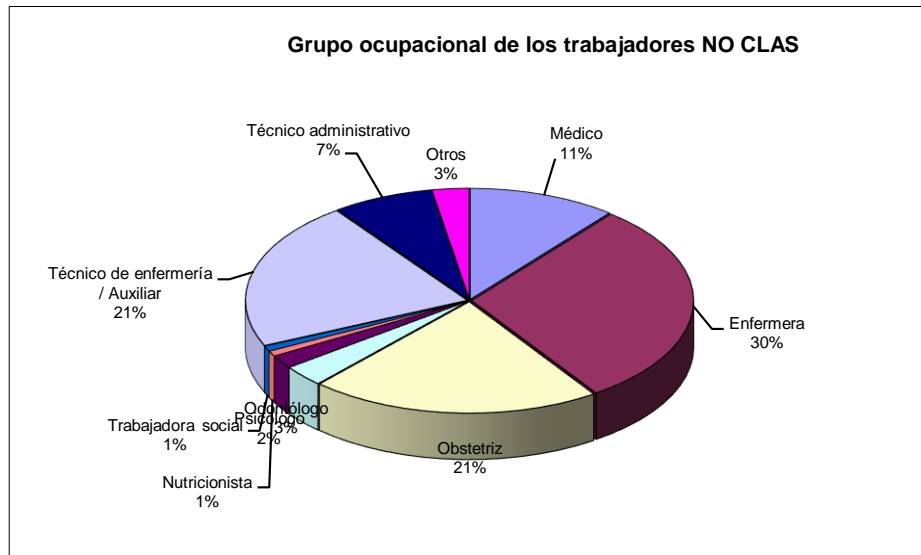
Gráfico 5

Gráfico 6



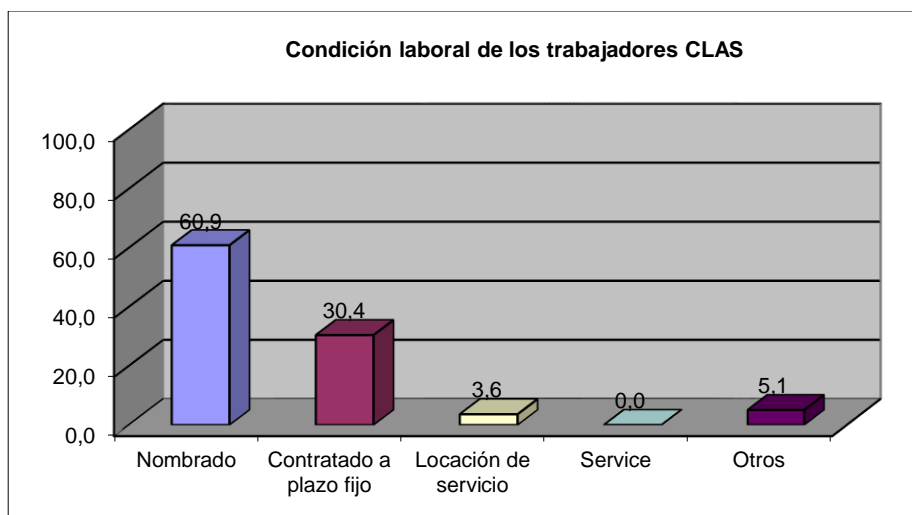
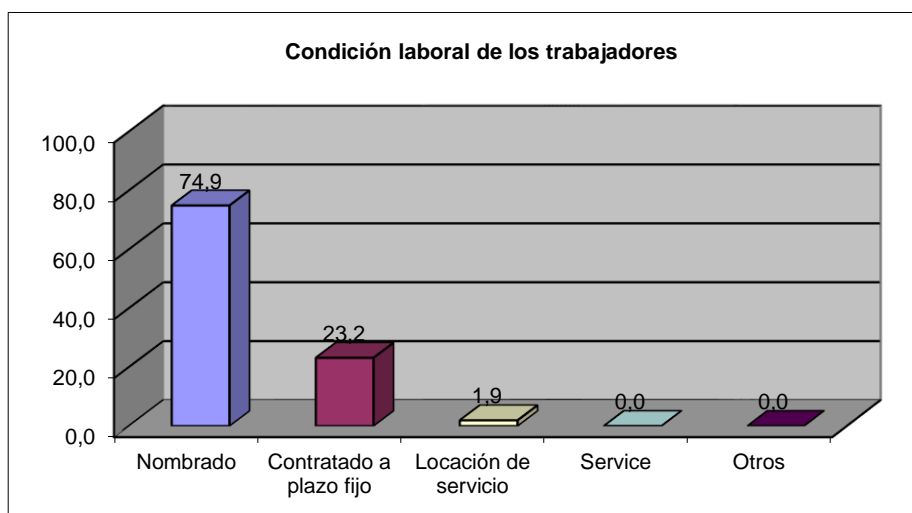
Análisis

Del cuadro número 04, respecto al grupo ocupacional de los recursos humanos, podemos evidenciar que el mayor grupo de entrevistados en los establecimientos CLAS estuvieron compuesto por personal Técnico Enfermería /auxiliar, con un 29.7%, seguido por el grupo profesional de obstetriz con un 24.6% y enfermería con un 23.2%. En los establecimientos No CLAS, el grupo más grande estuvo compuesto por personal de salud de enfermería con un 29.7%, seguido del grupo del personal Técnico Enfermería /auxiliar, con un 21.6% y en tercer lugar el grupo de profesionales de obstetriz con un 21.2%. En ambos tipos de establecimientos se pudo observar que estos tres grupos de profesionales ocupan los primeros lugares en cuanto al número de recursos humanos.

Tabla 6. Condición laboral en el MINSA

Condición laboral	Tipo de administración		Total
	CLAS	NO CLAS	
Nombrado	N	84	278
	%	60.9%	70.0%
Contratado a plazo fijo	N	42	102
	%	30.4%	25.7%
Locación de servicio	N	5	10
	%	3.6%	2.5%
Service	N	0	0
	%	0.0%	0.0%
Otros	N	7	7
	%	5.1%	1.8%
Total	N	138	397
	%	34.76%	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 7**Gráfico 8**

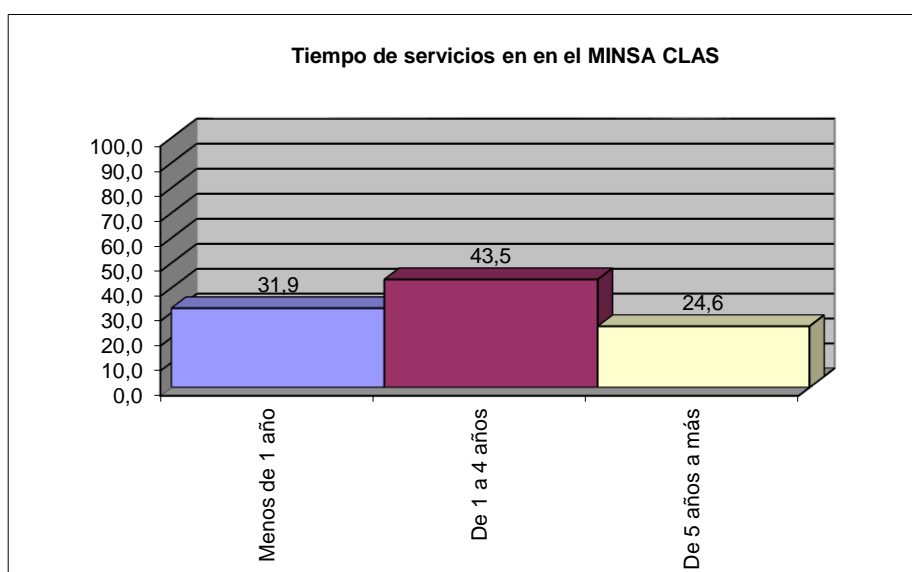
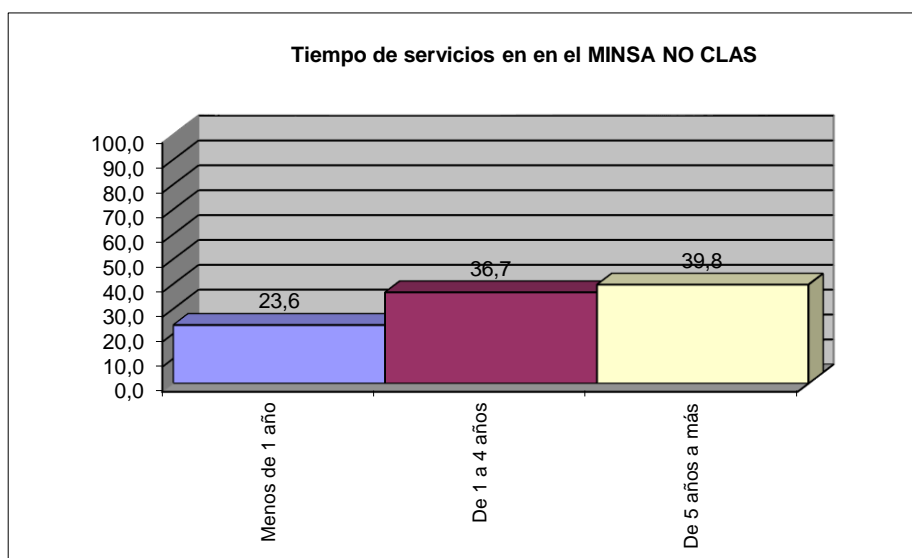
Análisis

Respecto a la condición laboral de los entrevistados, podemos concluir que gran parte del personal de salud (70%), tiene la condición de nombrado; 60.9% en los establecimientos CLAS y 74.9% en los establecimientos No CLAS, seguidos del tipo de contrato a plazo fijo (25.7%), haciendo un 30.4% y 23.25 en los establecimientos CLAS y No CLAS respectivamente, teniendo mismo número de trabajadores en ambos tipos de establecimientos y finalmente en los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS se observa que existe un tipo de contrato bajo el régimen de la actividad privada (contrato 728), con un total de 7 trabajadores de salud, estos trabajadores son contratados de manera directa por las asociaciones CLAS en coordinación con la Dirección Regional de Salud y son evaluados y administrados íntegramente por estas asociaciones.

Tabla 7. Tiempo de servicio en el MINSA

Tiempo de servicio	Tipo de administración		Total
	CLAS	NO CLAS	
Menos de 1 año	N	44	61
	%	31.9%	23.6%
De 1 a 4 años	N	60	95
	%	43.5%	36.7%
De 5 años a mas	N	34	103
	%	24.6%	39.8%
Total	N	138	259
	%	34.76%	65.24%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 9**Gráfico 10**

Análisis

Respecto al tiempo de servicio en el MINSA, en los establecimientos CLAS, un 43.5% refiere tener de 1 a 4 años de servicio en dicha institución, y un 31.9% refiere tener menos de 1 año. En los establecimientos No CLAS el 39.8% refiere tener más de 5 años en el MINSA y el 36.7% refiere tener de 1 a 4 años.

Tabla 8. Tiempo de servicio en el actual Establecimiento de Salud

Tiempo de servicio		Tipo de administración		Total
		CLAS	NO CLAS	
Menos de 1 año	N	61	83	144
	%	44.2%	32.0%	36.3%
De 1 a 4 años	N	54	131	185
	%	39.1%	50.6%	46.6%
De 5 años a mas	N	23	45	68
	%	16.7%	17.4%	17.1%
Total	N	138	259	397
	%	34.76%	65.24%	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 11

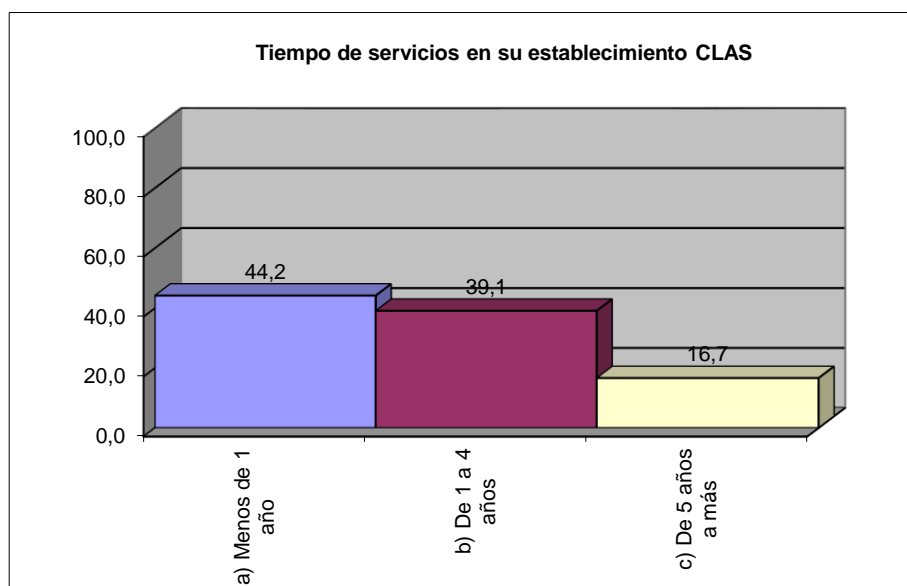
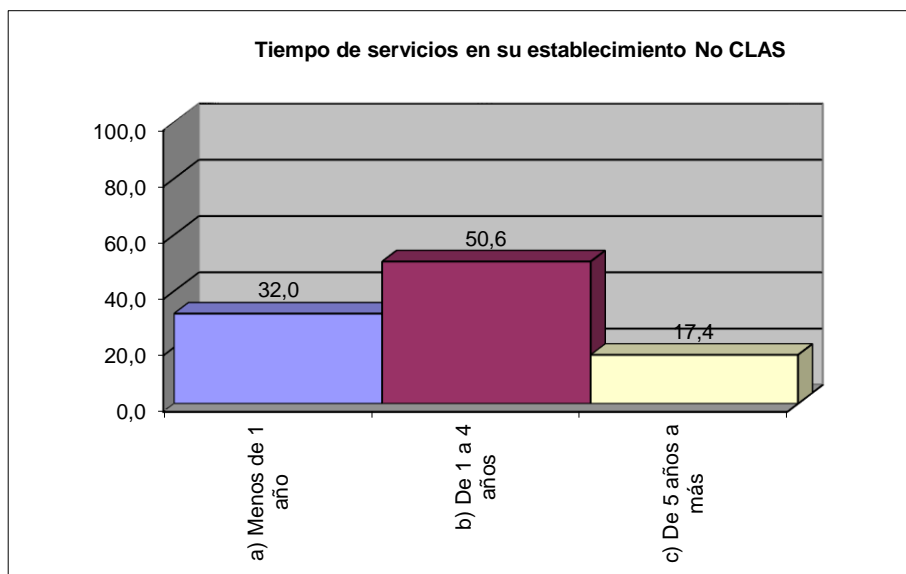


Gráfico 12



Análisis

Respecto al tiempo de servicio en el actual establecimiento de salud, se puede evidenciar que en los establecimientos CLAS, un 44.2% tiene menos de un año de trabajo en dicho lugar, del cual se desprende que en dichos establecimientos ocurre una mayor rotación de recursos humanos, mientras que en los establecimientos No CLAS un 50.6% de los trabajadores tiene permanencia de 1 a 4 años.

Apreciación de su centro laboral

Gráfico 13

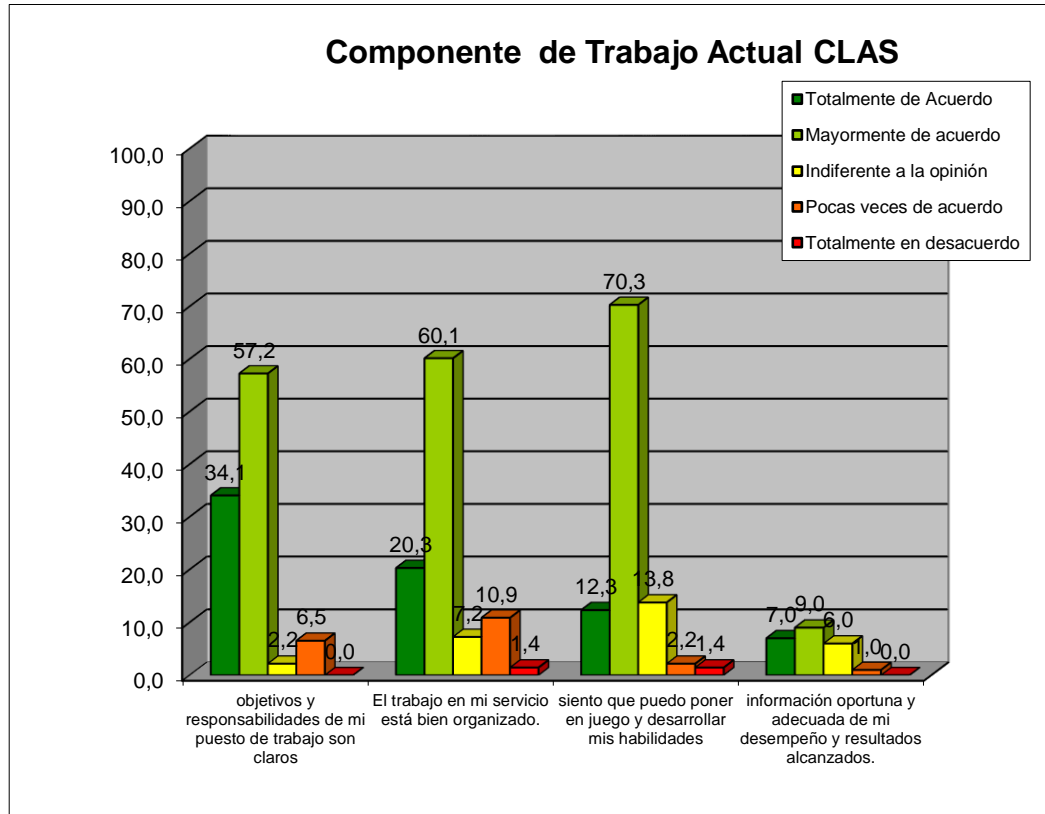
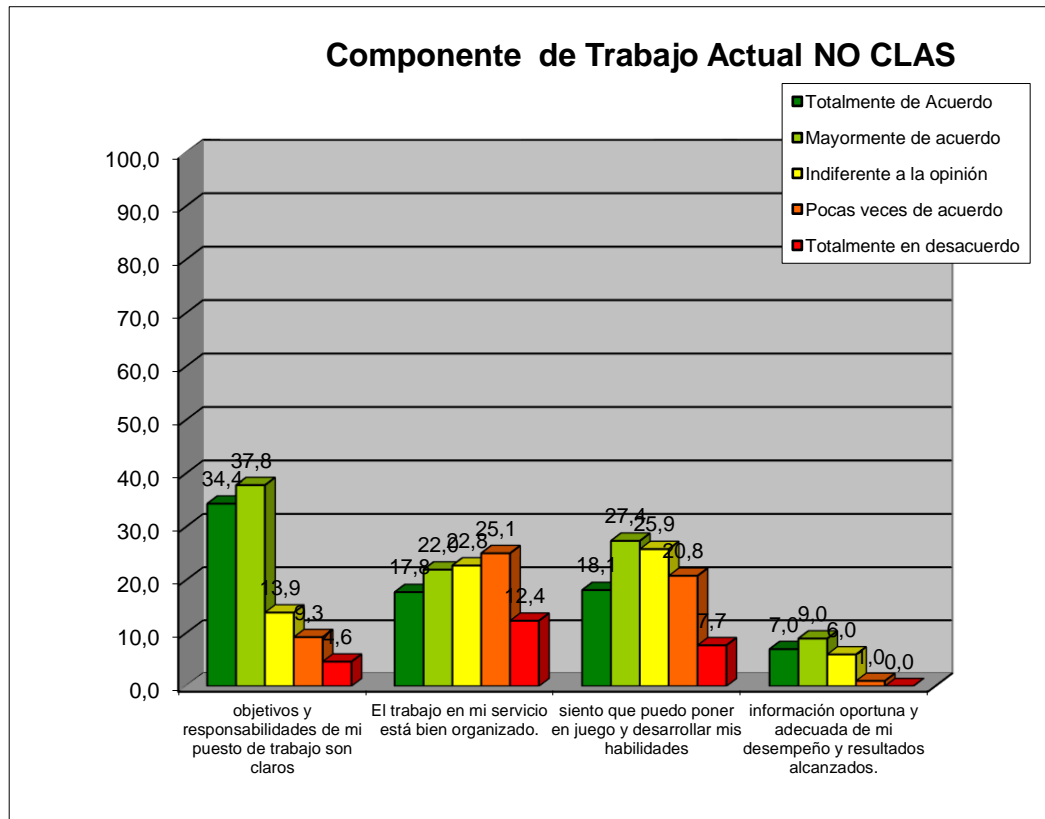


Gráfico 14



Análisis

En el aspecto del trabajo actual, claramente se evidencia que el personal que trabaja en los establecimientos de salud administrados bajo la modalidad CLAS, tienen los objetivos y responsabilidades de sus puestos de manera más clara, así como un 80.4% indica que el trabajo en su servicio se encuentra organizado y siente que puede poner en juego y desarrollar sus habilidades. En ambos establecimientos en menor porcentaje, el personal concuerda que se le proporciona información oportuna y adecuada de su desempeño, así como los resultados alcanzados por cada uno de ellos.

Gráfico 15

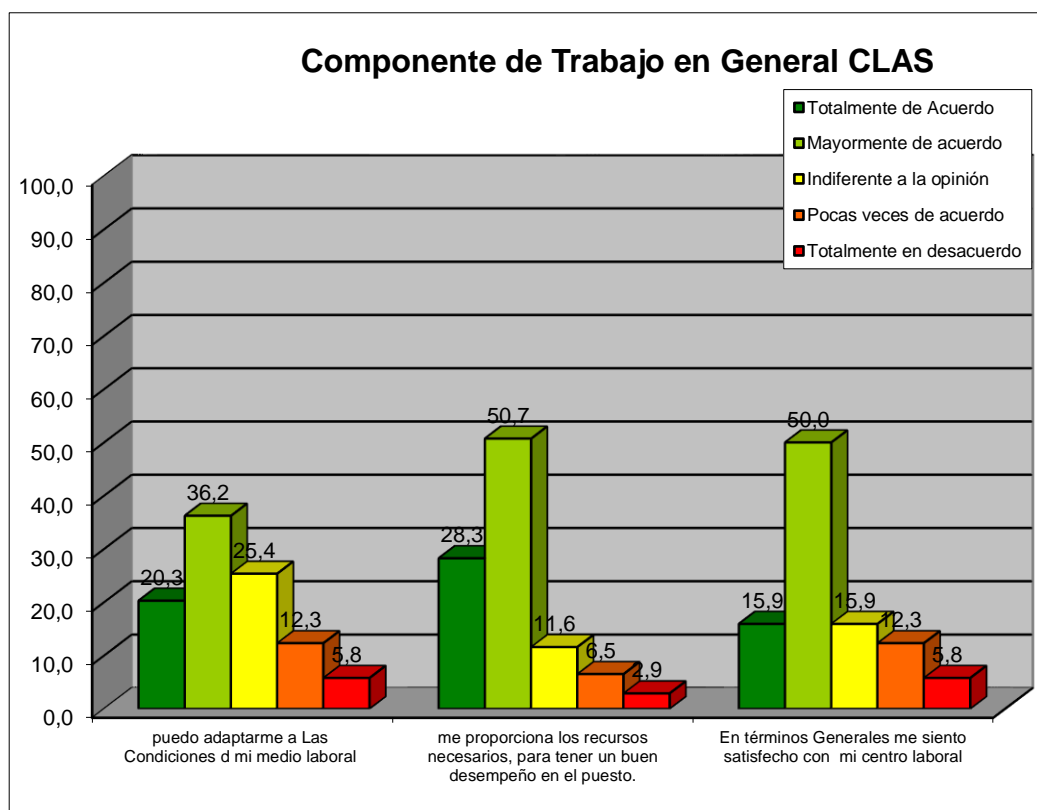
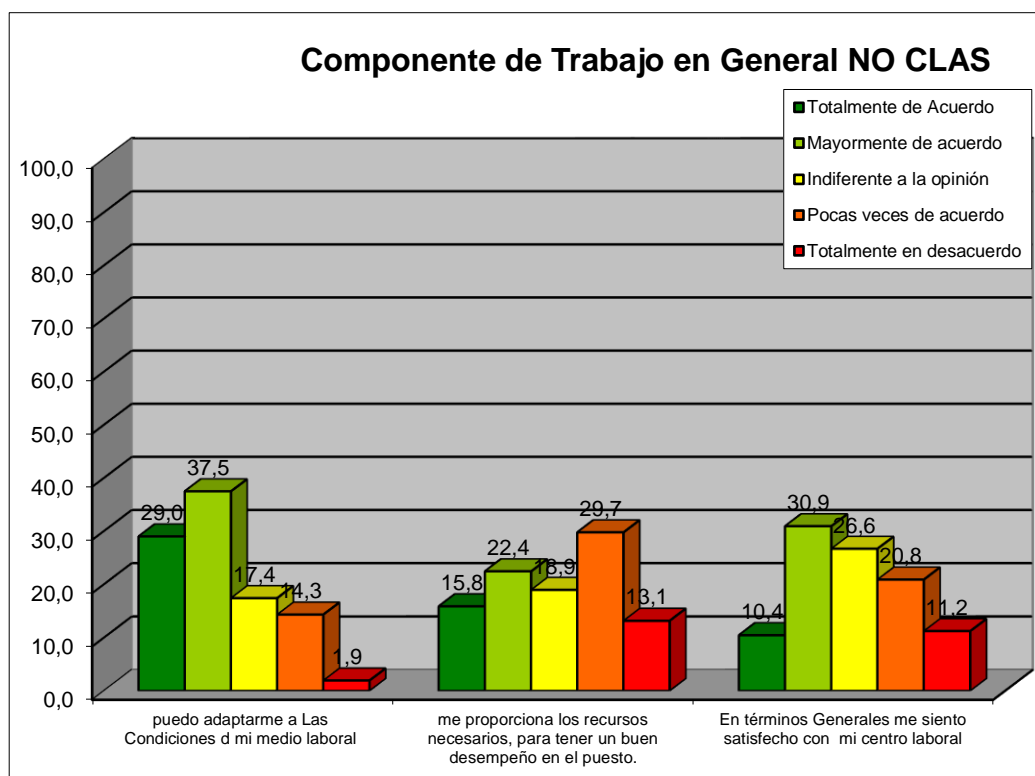


Gráfico 16



Análisis

En ambos establecimientos el personal de salud refiere que pueden adaptarse a las condiciones que ofrece el medio laboral, sin embargo en la pregunta si se le proporciona los recursos necesarios para tener un buen desempeño, se puede observar que los establecimientos CLAS refieren que si en un 79% mientras que en los establecimientos No CLAS refieren que si solo en un 38.2%, teniéndose una gran diferencia entre estos 2 establecimientos. En cuanto a si el personal se siente satisfecho con su centro laboral, un 65.9% refirió que si en los establecimientos CLAS, mientras que en los establecimientos No CLAS solo un 41.3% refirió su conformidad.

Gráfico 17

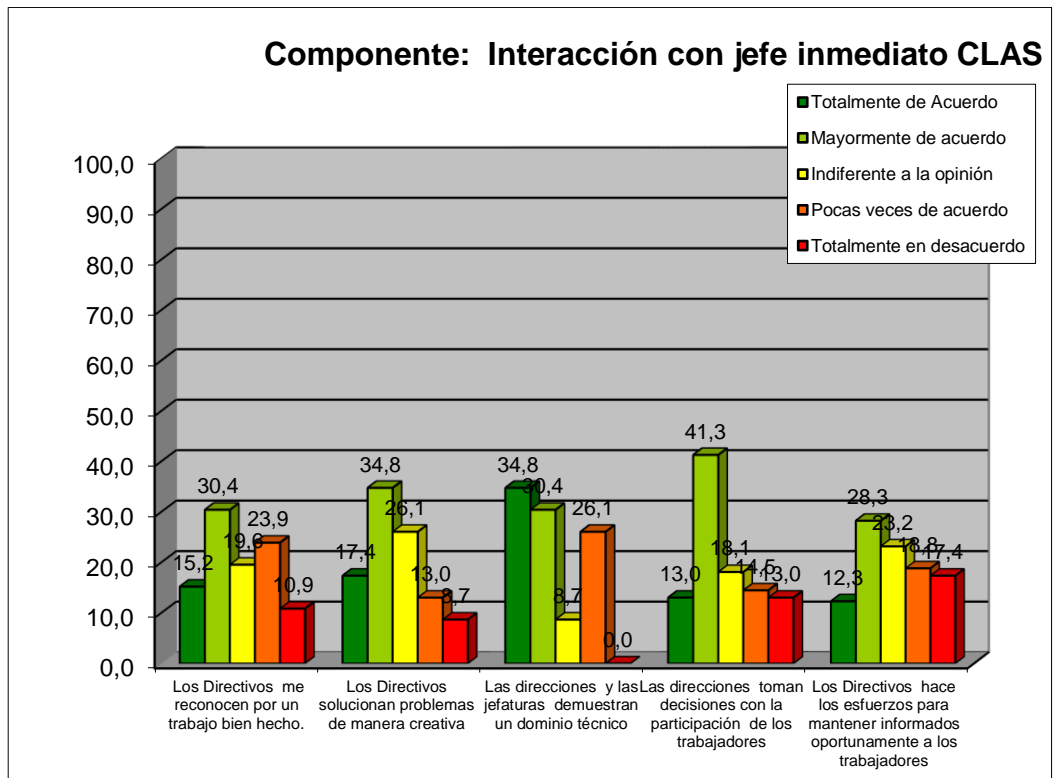
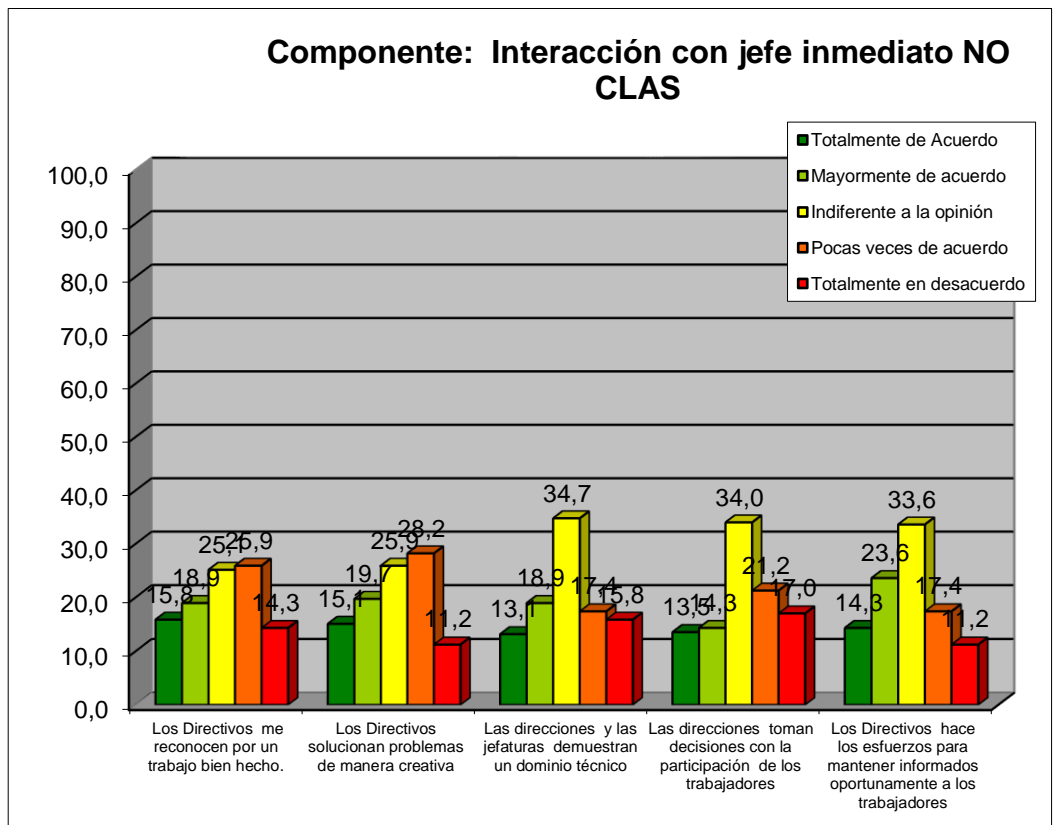


Gráfico 18



Análisis

Se puede observar que existe una diferencia importante respecto a la percepción de los trabajadores de salud administrados por los establecimientos CLAS, ya que un 45.6% de ellos refirió que los directivos reconocen un trabajo bien hecho, versus los 34.7% del personal de salud de los establecimientos No CLAS. También se puede observar similar comportamiento en cuanto a la pregunta si los directivos solucionan los problemas de manera creativa. Podemos observar una diferencia muy marcada respecto a la pregunta si los directivos y jefatura demuestran dominio técnico, siendo así en los establecimientos CLAS un 65.2% estuvo de acuerdo con dicha afirmación mientras que en los establecimientos No CLAS solo un 32% refirió que estuvo de acuerdo con dicha pregunta. Respecto a la consulta si las direcciones toman decisiones con participación de los trabajadores, se puede observar que los establecimientos CLAS tienen mayor grado de participación con un 54.3%, versus un 27.8% de los establecimientos No CLAS. Respecto a la pregunta si los directivos hacen esfuerzos para mantener informados oportunamente a los trabajadores sobre el rumbo de la institución, no se puede observar diferencia significativa en ambos tipos de establecimientos.

Gráfico 19

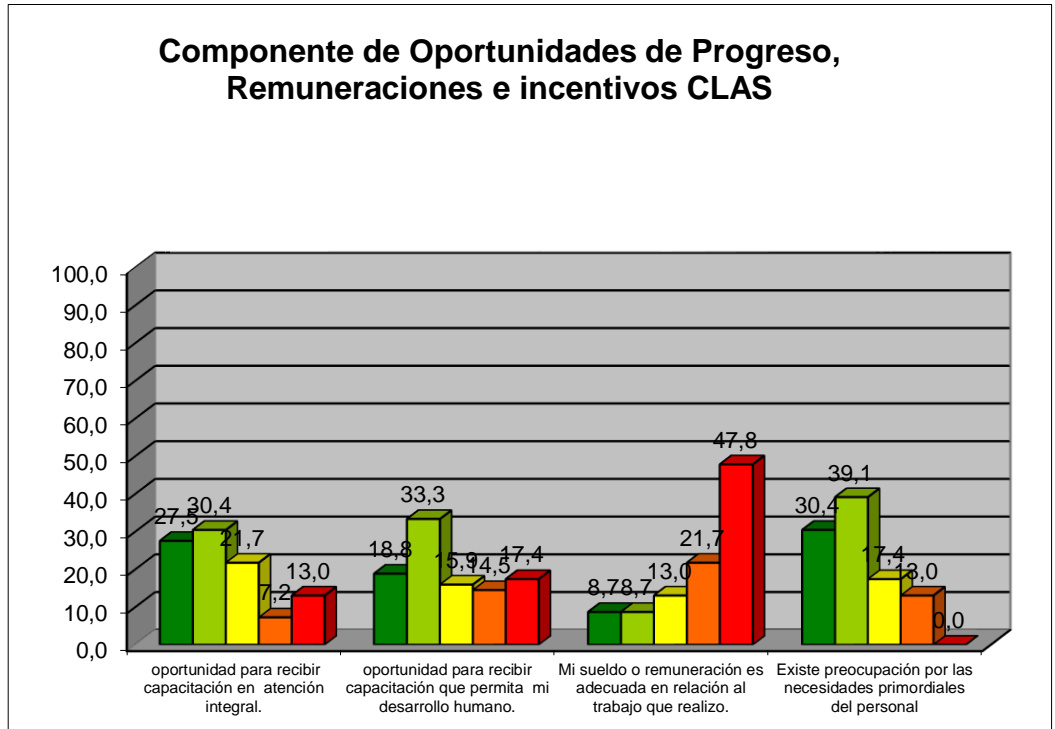
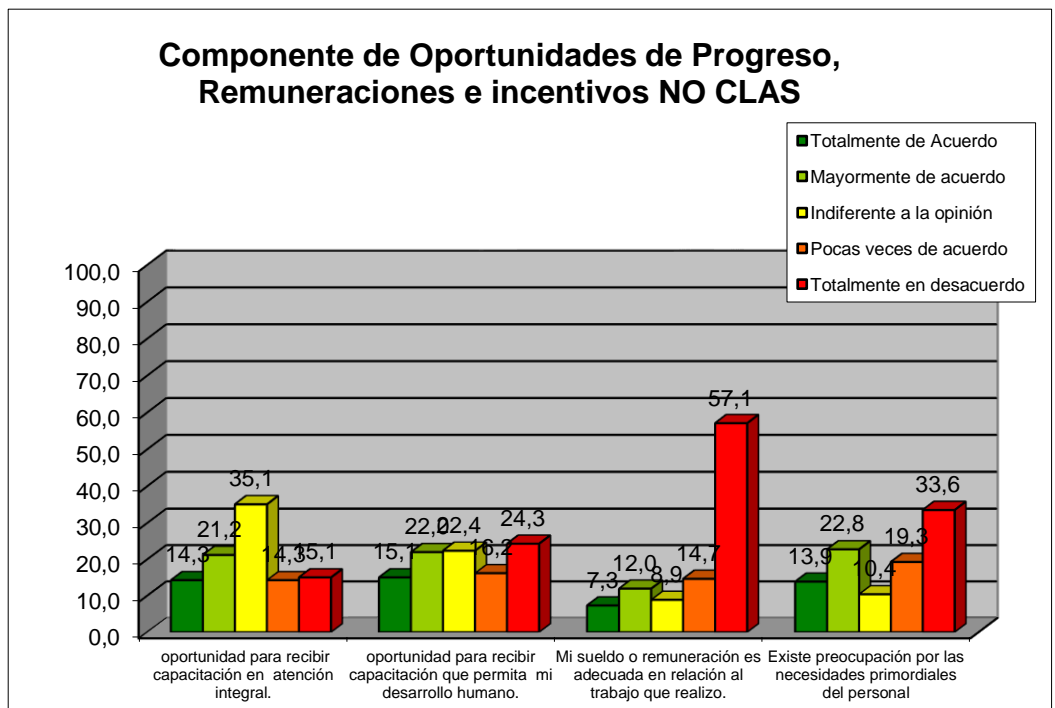


Gráfico 20



Análisis

Respecto a las oportunidades de progreso; tanto para la oportunidad de recibir capacitación en atención integral y capacitación que permita el desarrollo humano de los trabajadores, podemos observar que los establecimientos CLAS brindan estas facilidades al trabajador en un 57.9% y 52,1% respectivamente, mientras que los trabajadores de establecimientos No CLAS indicaron esta facilidad en un 35.5% y 37.7% respectivamente. En lo referente a remuneraciones e incentivos; se puede observar que en ambos tipos de establecimientos existe un total desacuerdo respecto a la remuneración percibida por el tipo de trabajo realizado, encontrándose si diferencias significativas respecto a la interrogante si existe preocupación por las necesidades primordiales del personal, en donde se puede observar que el 69.5% de los trabajadores de los establecimientos CLAS está de acuerdo con dicha percepción, mientras que solo el 36.7% de los trabajadores de los establecimientos No CLAS está de acuerdo con dicha interrogante.

Gráfico 21

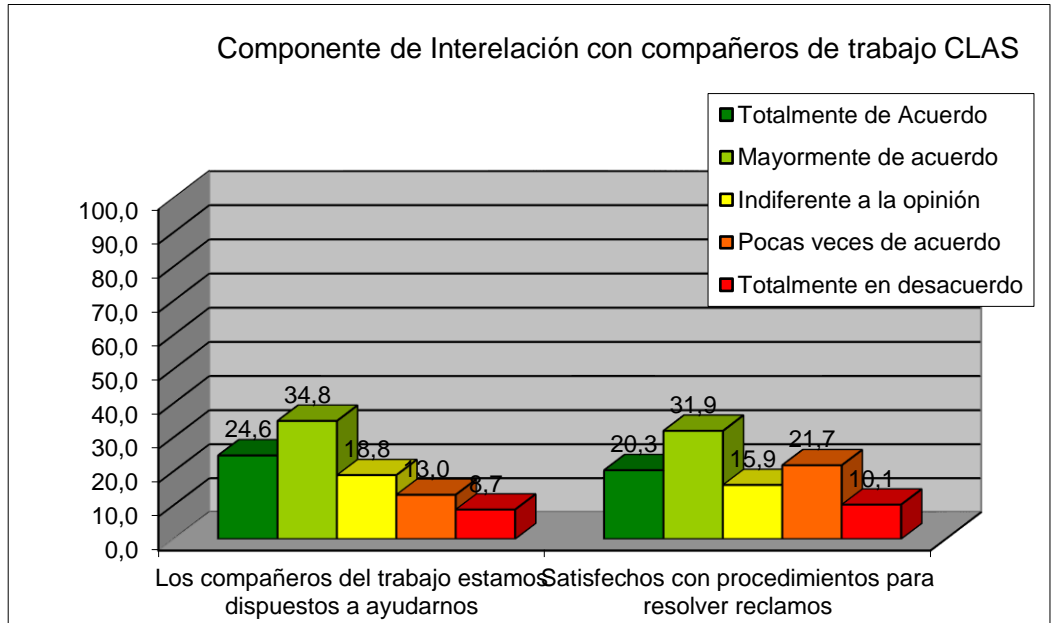
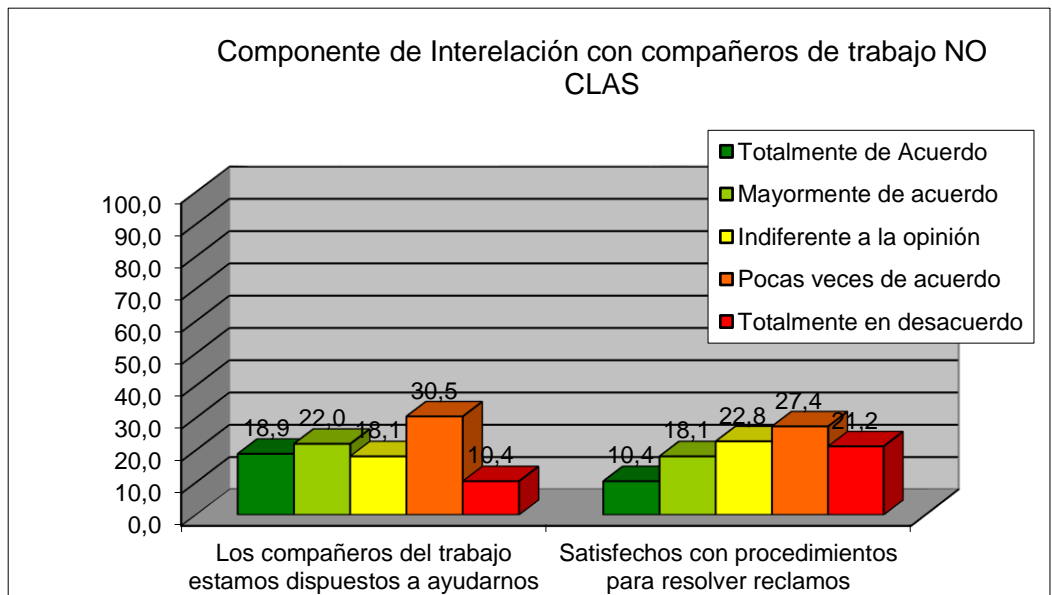


Gráfico 22



Análisis

Respecto al componente de interrelación con los compañeros de trabajo, podemos observar que en los establecimientos CLAS, el personal de salud refiere que los compañeros de trabajo están dispuesto a ayudarse en un 59.4%, mientras que a la misma interrogante en los establecimientos No CLAS solo un 40.9% estuvo de acuerdo con dicha pregunta. Respecto a la pregunta para resolver reclamos podemos observar que un 52.2% del personal de salud que trabaja en los establecimientos CLAS está de acuerdo con dicho procedimiento, mientras que en los establecimientos No CLAS solo un 28.5% del personal está de acuerdo con dicho procedimiento.

Gráfico 23

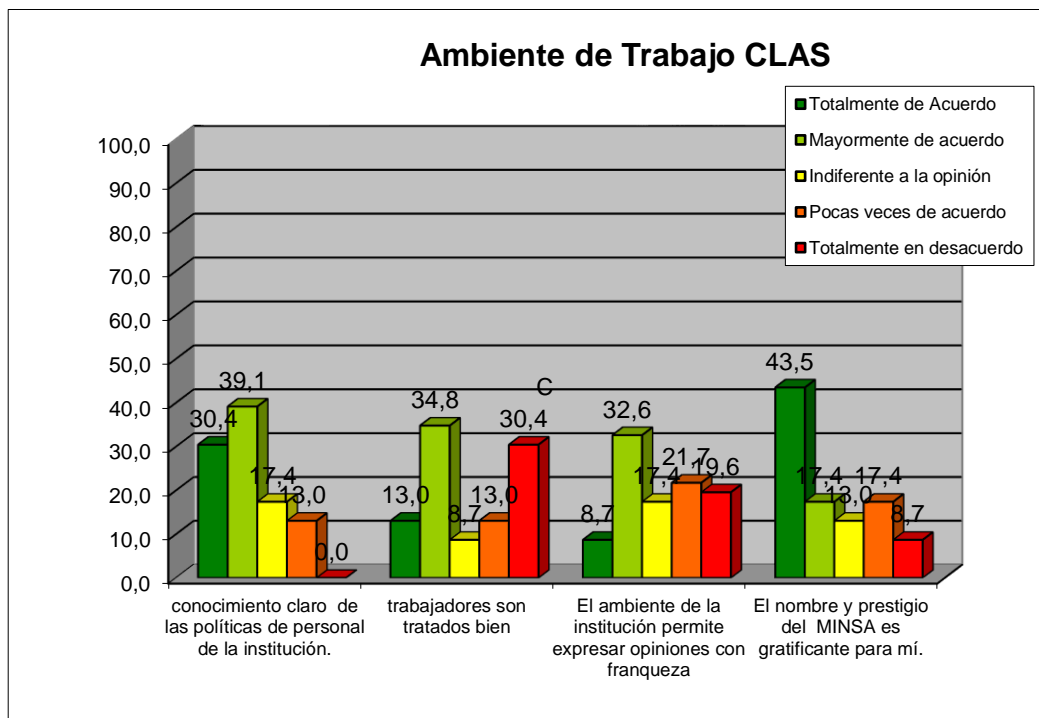
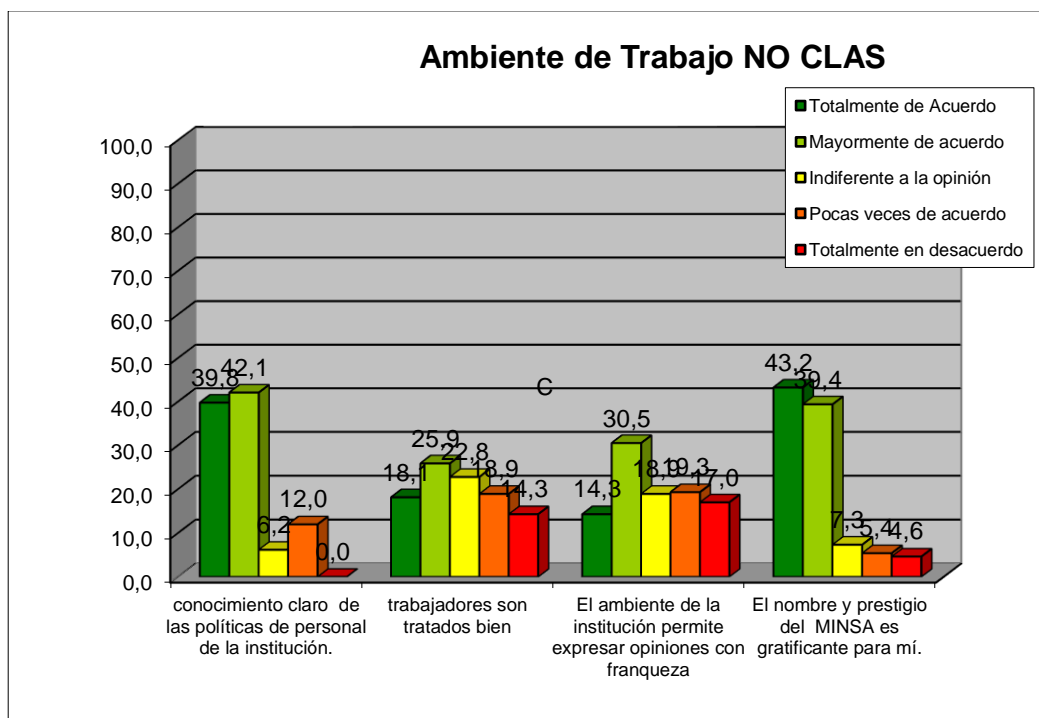


Gráfico 24



Análisis

En cuanto al componente de ambientes de trabajo, se puede observar que el 69.5% y 81.9% del personal de salud de los establecimientos CLAS y No CLAS respectivamente, tiene conocimiento claro de las políticas y normas del personal. En cuanto al trato del personal de salud, un 47.8% del personal que labora en los establecimientos CLAS refirió que está de acuerdo con dicho trato, mientras que en los establecimientos No CLAS un 44% de trabajadores está de acuerdo con el trato recibido. A la interrogante sobre el ambiente de la institución que le permite expresar opiniones con franqueza sin temor a represalias, un 41.3% de trabajadores de los establecimientos CLAS refirió que estuvo de acuerdo, versus un 44.8% de trabajadores de establecimientos No CLAS que refieren estar de acuerdo con dicha pregunta. El personal de salud trabajador de los establecimientos CLAS refieren en un 60.9% que el nombre y prestigio del MINSA es gratificante para ellos, mientras que en los establecimientos No CLAS un 82.6% estuvo de acuerdo con dicha aseveración.

Gráfico 25

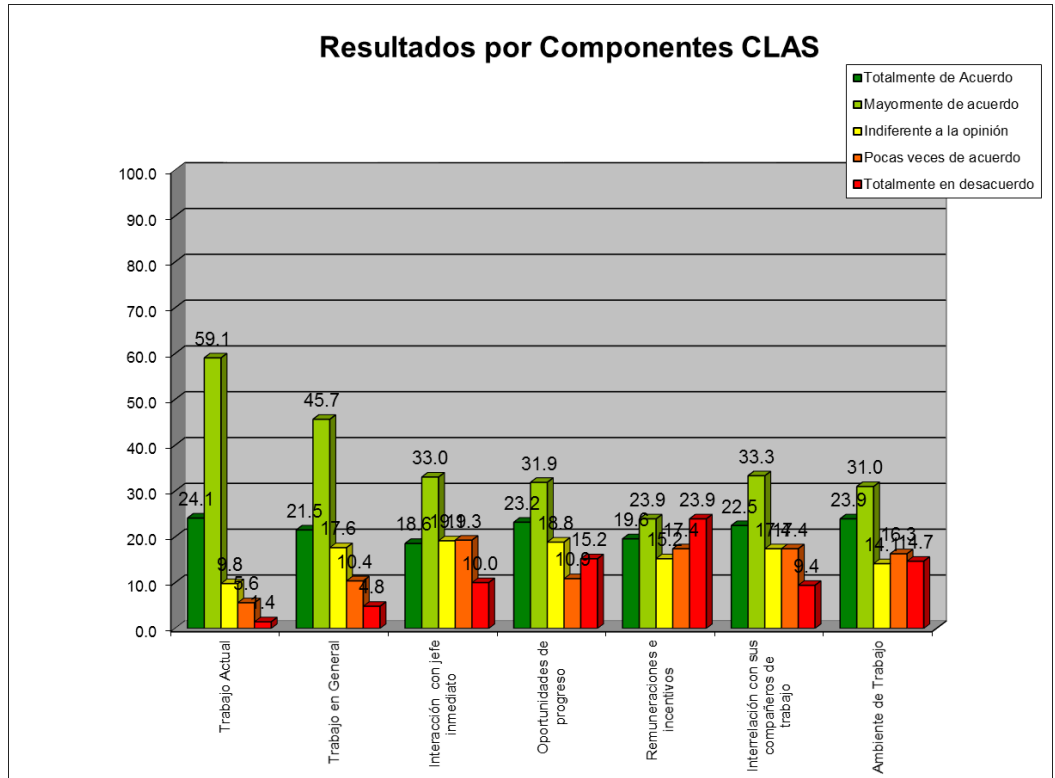
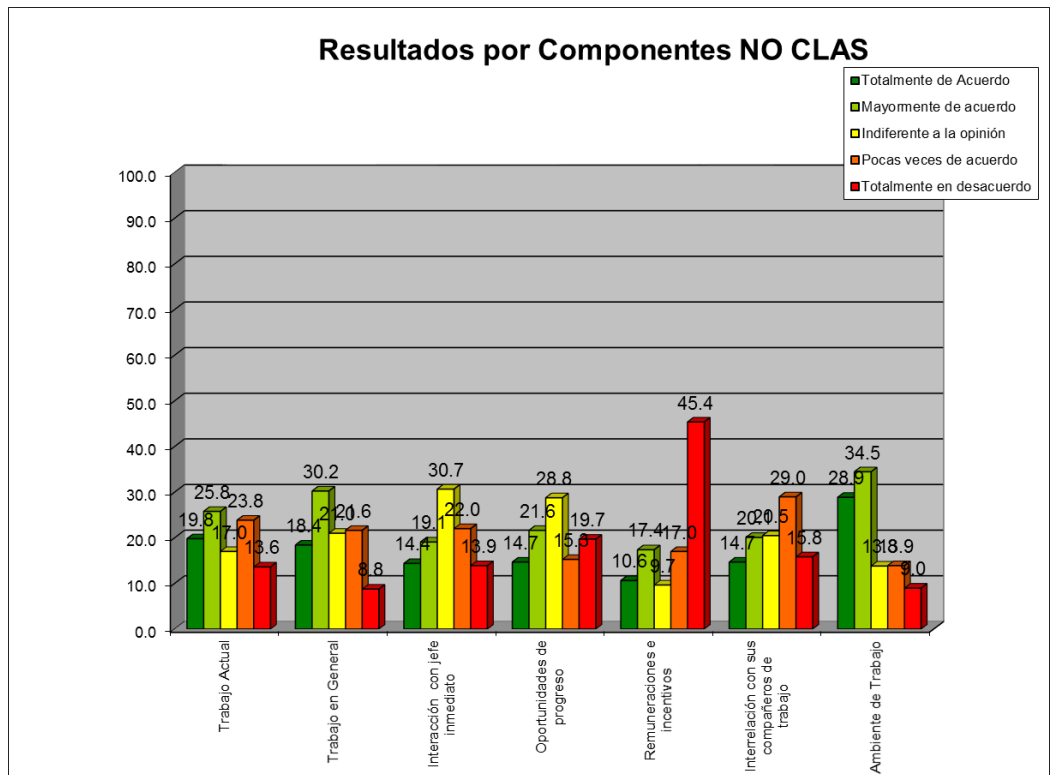


Gráfico 26



Análisis

En la evaluación por componentes, podemos observar que el personal de salud que trabaja en los establecimientos CLAS, muestran mayores niveles de aceptación respecto a su trabajo actual con un 83.2%, mientras que en los establecimientos No CLAS esta cifra alcanza el 45.6%. En el componente de trabajo en general, un 67.2% del personal de los establecimientos CLAS muestra su acuerdo con este componente, respecto al 48.6% de los trabajadores de los establecimientos No CLAS. El componente de interacción con el jefe inmediato de la misma manera muestra una cifra mayor en el personal de salud que labora en los establecimientos CLAS con un 51.6% de aceptación, mientras que en los establecimientos No CLAS esta cifra alcanza un 33.5%. En el componente oportunidades de progreso se tiene una aceptación de 55.1% en los trabajadores de los establecimientos CLAS, respecto a un 36.3% en los trabajadores de los establecimientos No CLAS. En el componente de remuneraciones e incentivos los establecimientos No CLAS muestran su mayor disconformidad a este componente con un 62.4% de desacuerdo. En cuanto al componente interacción con los compañeros de trabajo, se puede observar que un 55.8% de trabajadores de establecimientos CLAS muestran su acuerdo, respecto a los 34.7% de los trabajadores de establecimientos No CLAS. Y en el componente ambiente de trabajo un 54.9% de trabajadores de los establecimientos CLAS muestran su acuerdo, mientras que esta cifra se incrementa a un 63.4% en los establecimientos No CLAS.

Gráfico 27

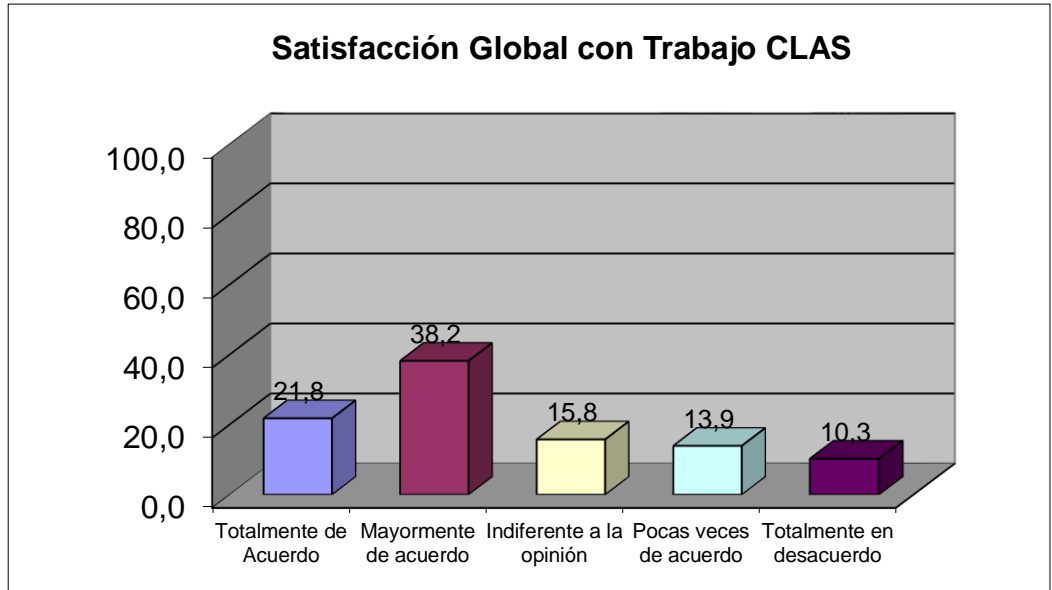


Gráfico 28

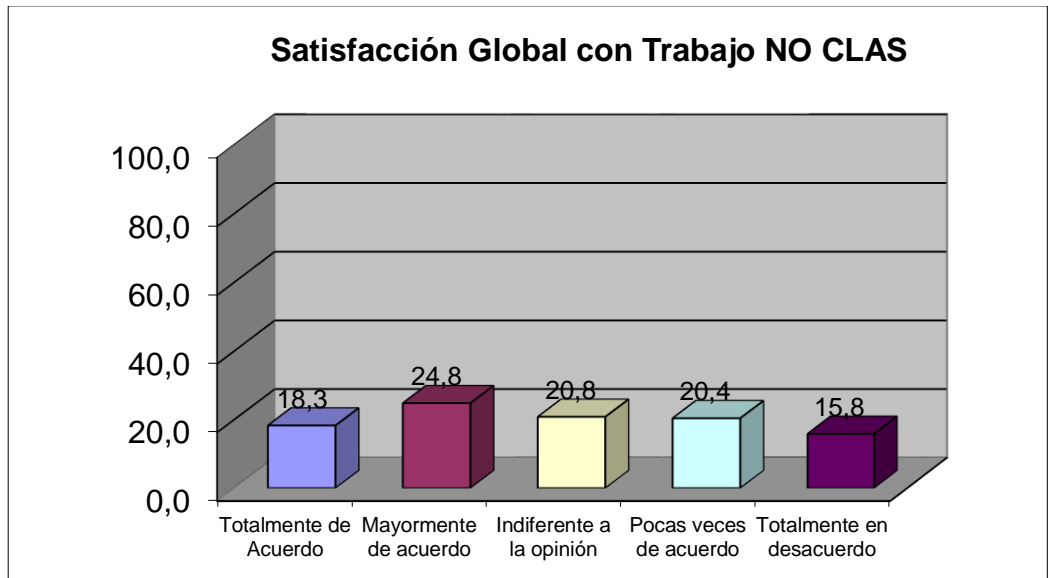
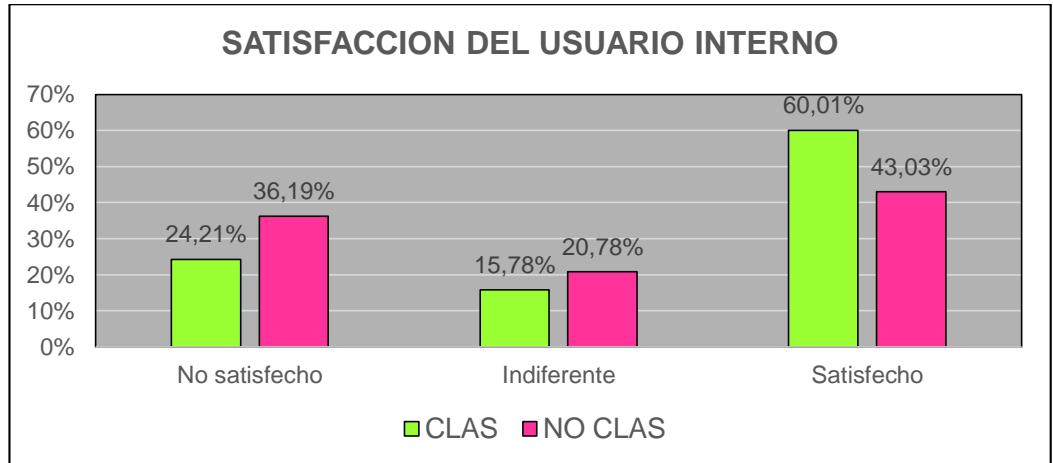


Gráfico 29

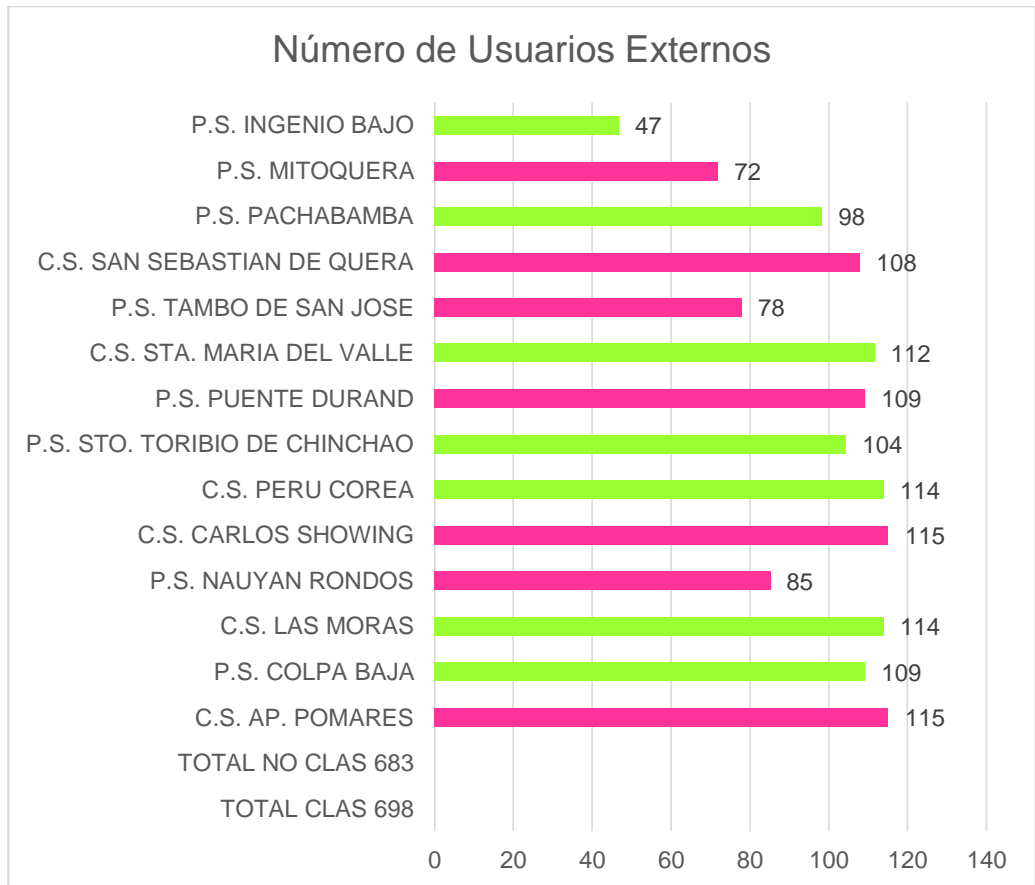


Análisis

Respecto a la satisfacción del usuarios internos de los establecimientos de salud comprendidos en el presente estudio, podemos observar que los establecimientos CLAS, muestran mayores niveles de aceptación por parte de los trabajadores, con una cifra de 60.01% de satisfacción, mientras que los establecimientos administrados bajo la modalidad No CLAS, cuentan con un 43.03% de porcentaje de satisfacción de sus trabajadores.

4.4 ANÁLISIS DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

Gráfico 30. Número de usuarios externos encuestados



Análisis

Se encuestaron a 1,381 usuarios que acudieron a recibir atención de salud en los 14 establecimientos de salud, a los cuales se aplicó la encuesta de satisfacción del usuario externo del Ministerio de salud, de los cuales 698 fueron de los establecimientos CLAS, con un 50.5% y 683 fueron de los establecimientos No CLAS con un 49.5%.

Tabla 9. Edad de los encuestados

Edad del usuario		Tipo de administración		Total
		CLAS	NO CLAS	
18 - 25 años	N	181	173	354
	%	25.9%	25.3%	25.6%
26 - 35 años	N	265	270	535
	%	38.0%	39.5%	38.7%
36 - 45 años	N	145	142	287
	%	20.8%	20.8%	20.8%
46 -60 años	N	107	98	205
	%	15.3%	14.3%	14.8%
Total	N	698	683	1381
	%	50.54%	49.46%	100%

Fuente: Elaboración propia

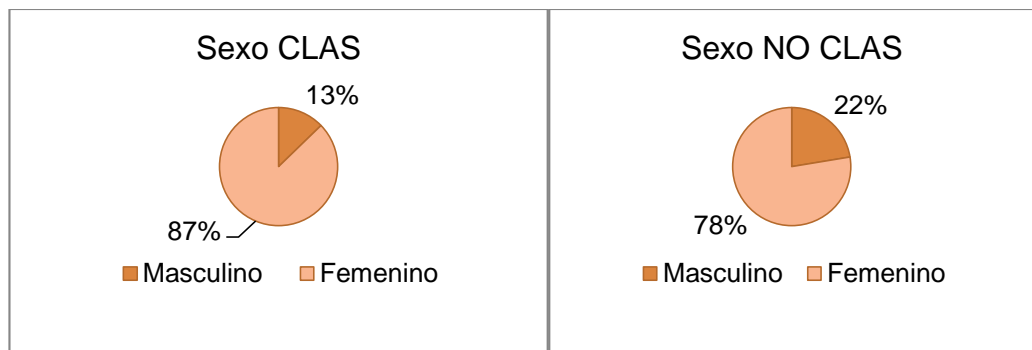
Análisis

Como se puede observar en el cuadro N° 08, la edad de los encuestados fue similar en ambos tipos de establecimientos, siendo el grupo etareo con mayor prevalencia el comprendido entre los 26 – 35 años de edad con un 38.7%, seguido del grupo etareo de 18 – 25 años con un 25.6%, luego el grupo etareo de 36 – 45 años con 20.8% y finalmente el grupo etareo de 46 - 60 años.

Tabla 10. Sexo de los encuestados

Sexo del usuario		Tipo de administración		Total
		CLAS	NO CLAS	
Masculino	N	89	153	242
	%	12.8%	22.4%	17.5%
Femenino	N	609	530	1139
	%	87.2%	77.6%	82.5%
Total	N	698	683	1381
	%	50.54%	49.46%	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 31**Análisis**

Se pudo observar de acuerdo a las encuestas realizadas, que en los establecimientos CLAS, un 87% de usuarias fueron del género femenino, mientras que en los establecimientos No CLAS esta cifra fue de 78%. Cifras entendibles, puesto que la mayor parte de las atenciones a los niños, son acompañadas de las madres y en menor proporción de los padres.

Tabla 11. Nivel de estudio de los encuestados

Nivel de estudio del usuario	Tipo de administración		Total	
	CLAS	NO CLAS		
Analfabeto	N	17	14	31
	%	2.4%	2.0%	2.2%
Primaria	N	183	182	365
	%	26.2%	26.6%	26.4%
Secundaria	N	362	370	732
	%	51.9%	54.2%	53.0%
Superior Técnico	N	95	83	178
	%	13.6%	12.2%	12.9%
Superior Universitario	N	41	34	75
	%	5.9%	5.0%	5.4%
Total	N	698	683	1381
	%	50.54%	49.46%	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 32

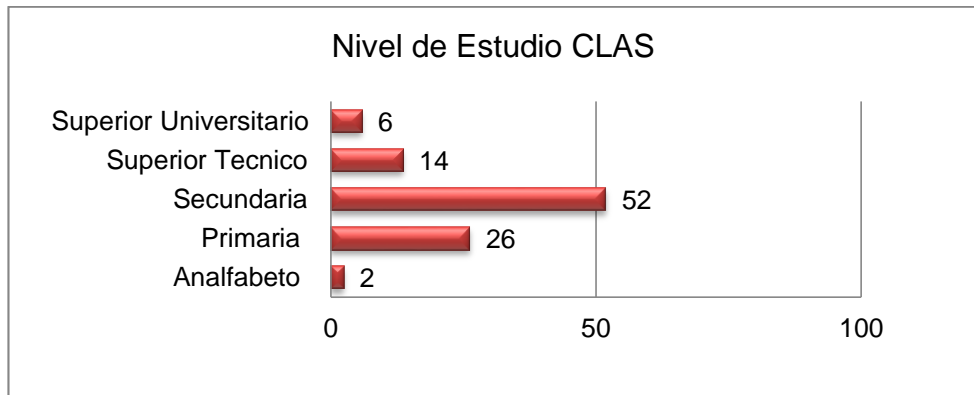
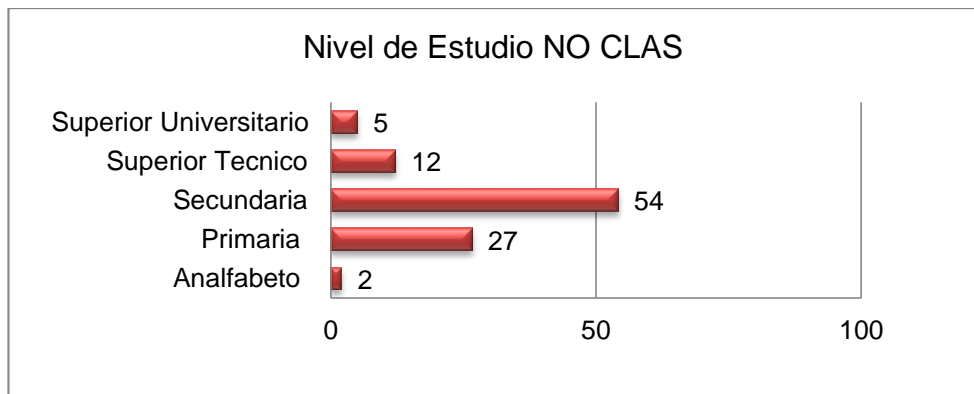


Gráfico 33



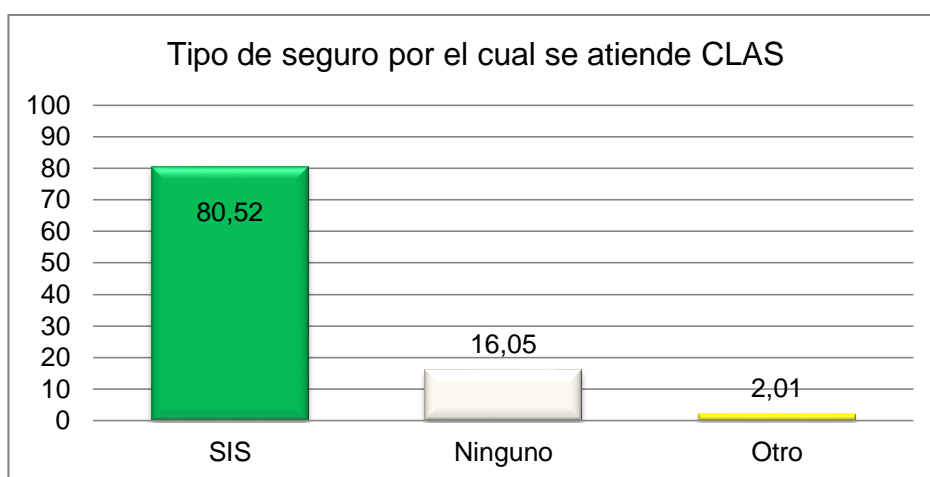
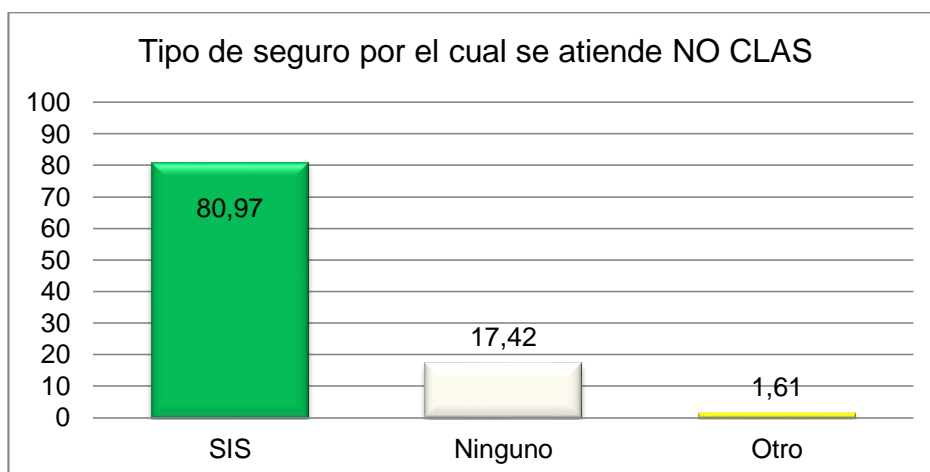
Análisis

No se puede observar diferencias significativas respecto al nivel de estudio en ambos tipos de establecimientos.

Tabla 12. Tipo de seguro de los usuarios

Tipo de seguro del usuario		Tipo de administración		Total
		CLAS	NO CLAS	
SIS	N	562	553	1115
	%	80.5%	81.0%	80.7%
Ninguno	N	122	119	241
	%	17.5%	17.4%	17.5%
Otros	N	14	11	25
	%	2.0%	1.6%	1.8%
Total	N	698	683	1381
	%	50.54%	49.46%	100%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 34**Gráfico 35****Análisis**

Respecto al tipo de seguro de los usuarios encuestados, no se observan diferencias significativas.

Tabla 13. Profesional que realizo la atención

Tipo de usuario	Tipo de administración		Total
	CLAS	NO CLAS	
Medico	N	208	449
	%	29.8%	32.5%
Obstetra	N	137	260
	%	19.6%	18.8%
Enfermera	N	306	597
	%	43.8%	43.2%
Psicólogo	N	14	25
	%	2.0%	1.8%
Odontólogo	N	33	50
	%	4.7%	3.6%
Total	N	698	1381
	%	50.54%	100.0%

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 36**Gráfico 37**

Gráfico 38

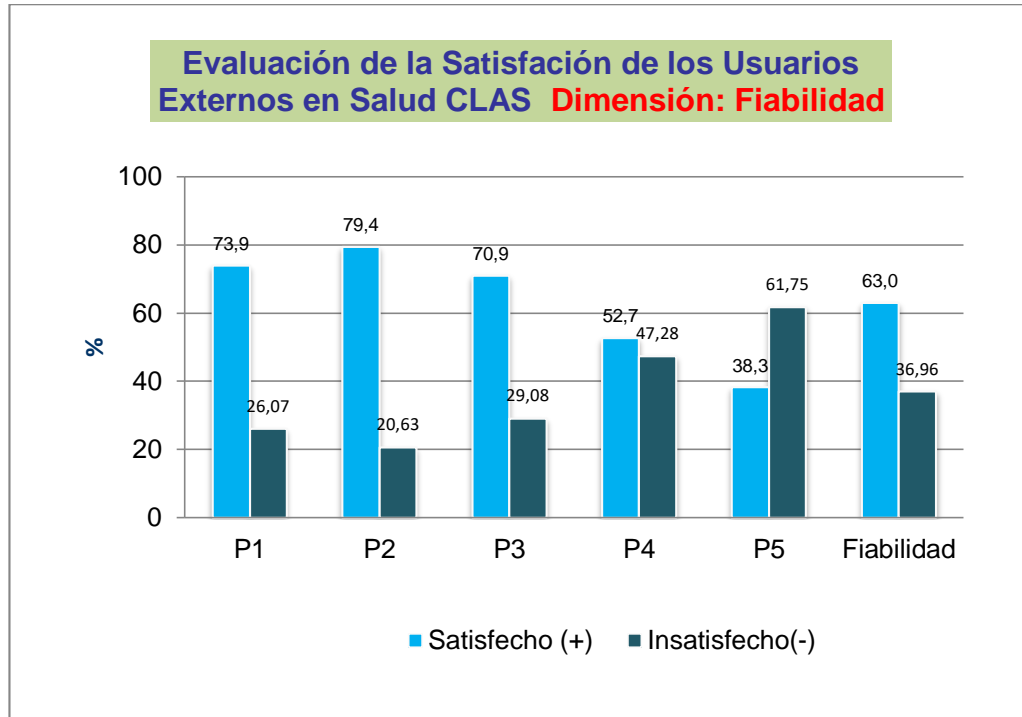
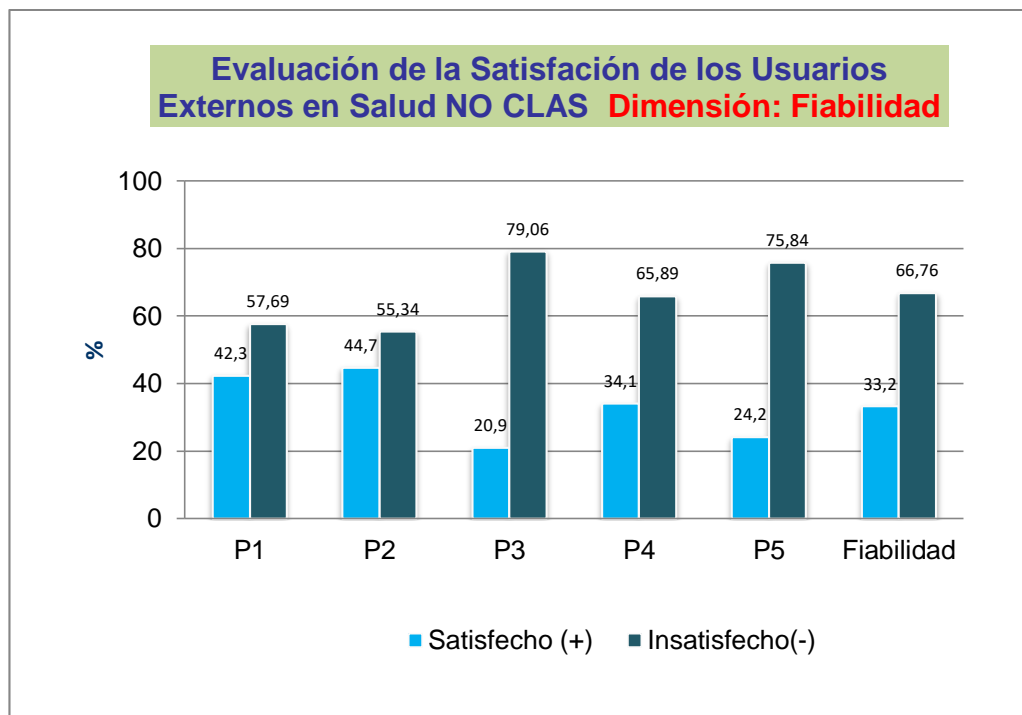


Gráfico 39



Análisis

Respecto a la dimensión de fiabilidad, podemos observar que en los establecimientos CLAS el nivel de insatisfacción alcanza un 36.96%, mientras que en los establecimientos No CLAS este alcanza un 66.76%. En los establecimientos CLAS el mayor nivel de insatisfacción es el referente a que la farmacia no contaba con los medicamentos que receto el medico con un 61.75% de insatisfacción, seguido de la falta de mecanismos para recepcionar una queja con un 47.28 y el nivel más alto de satisfacción fue lo referente a que la atención fue en orden y respetando el horario de llegada con un 79.4%. En Los establecimientos No CLAS el mayor nivel de insatisfacción es el referente a que la atención se realizó según el horario publicado en el establecimiento con un 79.06% de insatisfacción, seguido de que en la farmacia no contaba con los medicamentos que el medico les había recetado con un 75.84% y el nivel más alto de satisfacción en estos establecimientos fue el concerniente a que la atención fue realizada en orden y respetando el horario de llegada con un 44.7%.

Gráfico 40

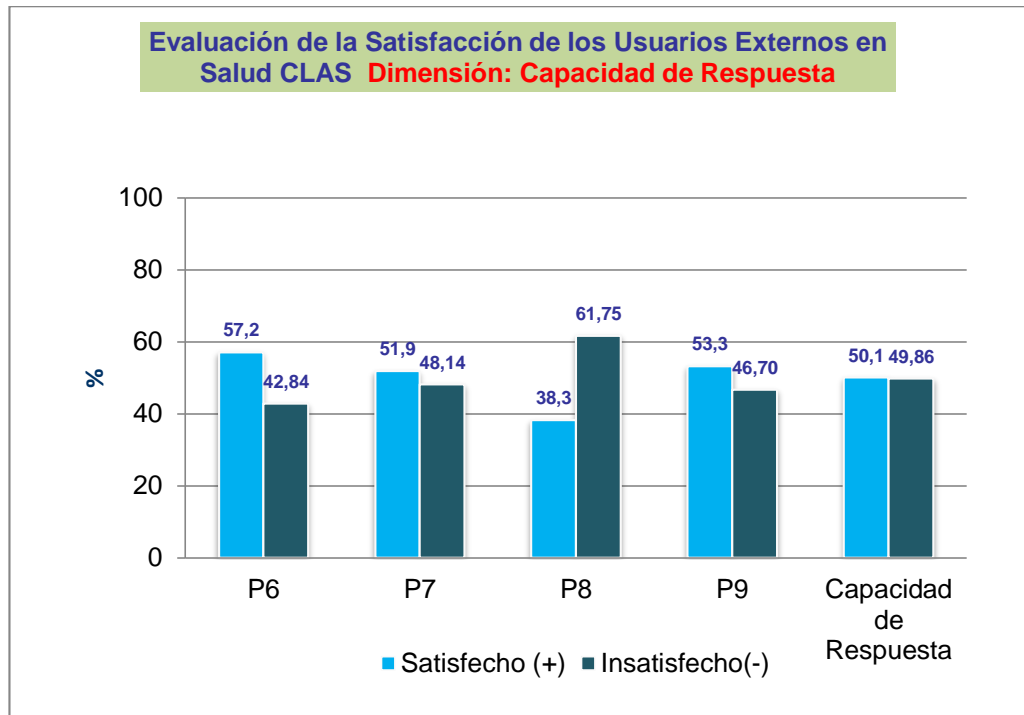
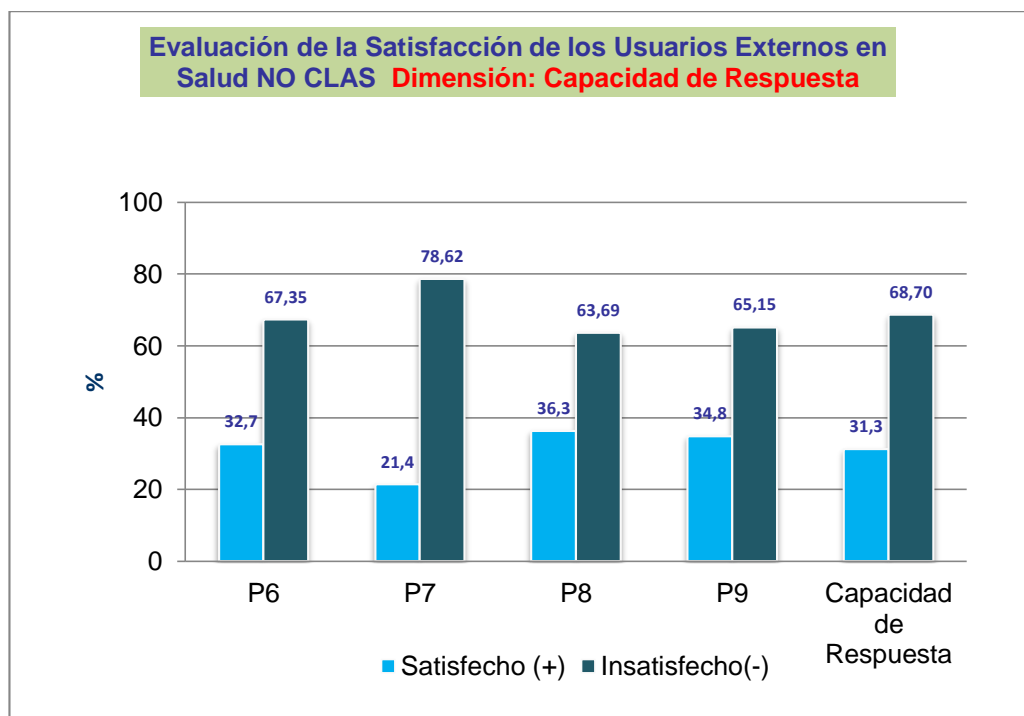


Gráfico 41



Análisis

Respecto a la dimensión de capacidad de respuesta, podemos observar que en los establecimientos CLAS el nivel de insatisfacción alcanza un 49.86%, mientras que en los establecimientos No CLAS este alcanza un 68.70%. En los establecimientos CLAS el mayor nivel de insatisfacción es el referente a que el tiempo para ser atendido fue corto con un 61.75% de insatisfacción, seguido de que la atención en admisión sea rápida con un 48.14 de insatisfacción y el nivel más alto de satisfacción fue lo referente a que la atención en caja/farmacia fue rápida con un 57.2%. En Los establecimientos No CLAS el mayor nivel de insatisfacción es el referente a que la atención en el área de admisión sea rápida con un 78.62% de insatisfacción, seguido de que la atención en caja/farmacia sea rápida con un 67.35% de insatisfacción, y el nivel más alto de satisfacción en estos establecimientos fue el concerniente a que el tiempo de espera para ser atendido sea corto con un 36.3% de satisfacción.

Gráfico 42

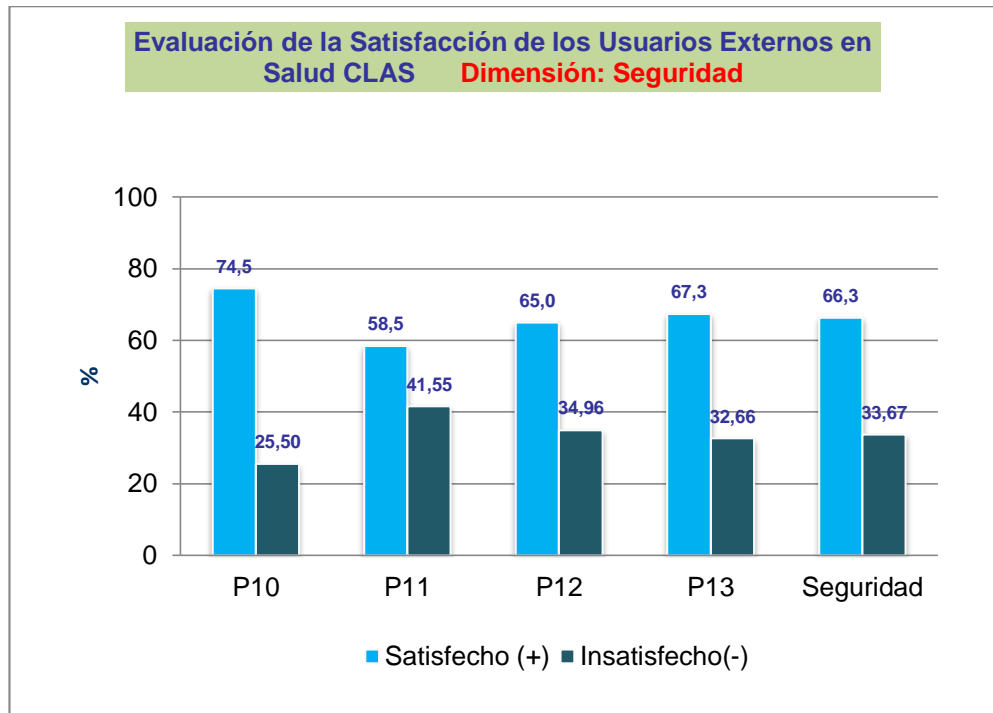
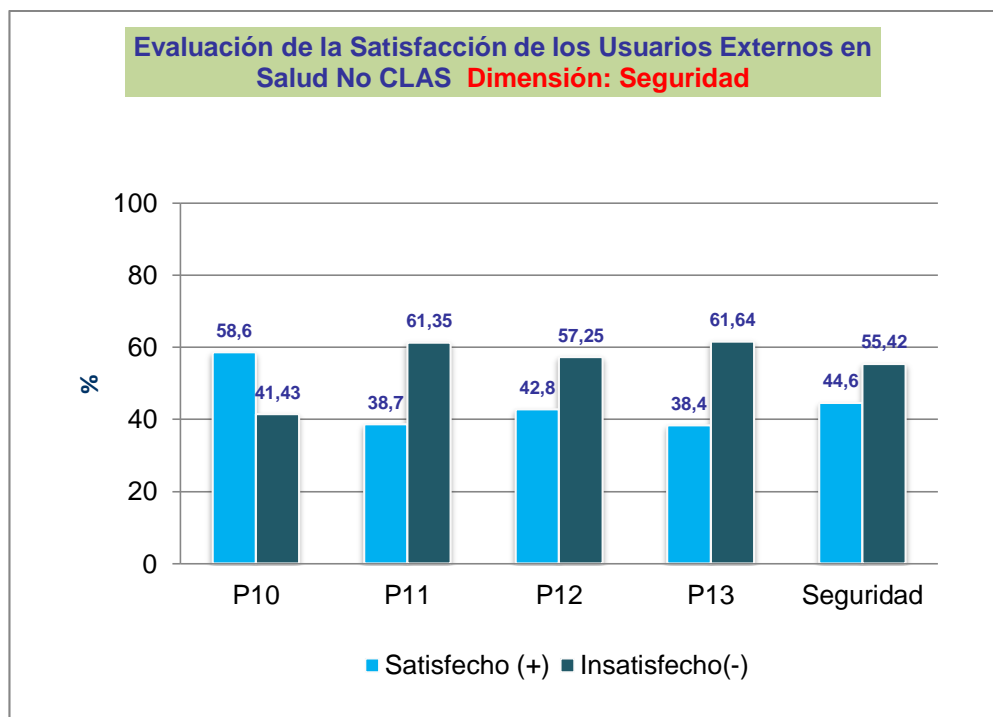


Gráfico 43



Análisis

Respecto a la dimensión de seguridad, podemos observar que en los establecimientos CLAS el nivel de insatisfacción alcanza un 33.67%, mientras que en los establecimientos No CLAS este alcanza un 55.42%. En los establecimientos CLAS el mayor nivel de insatisfacción es el referente a que el medico u otro profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso con un 41.55% de insatisfacción, seguido de que el medico u otro profesional que le atenderá le brinde el tiempo suficiente para contestar sus dudas o preguntas sobre su salud con un 34.96% de insatisfacción y el nivel más alto de satisfacción fue lo referente a que durante la atención en el consultorio se respete su privacidad con un 74.5% de satisfacción. En Los establecimientos No CLAS el mayor nivel de insatisfacción es el referente a que el medico u otro profesional que le atenderá le inspire confianza con un 61.64% de insatisfacción, seguido de que el medico u otro profesional que le atenderá le realice un examen completo y minucioso con un 61.35% de insatisfacción, y el nivel más alto de satisfacción en estos establecimientos fue el concerniente a que durante su atención en el consultorio se respete su privacidad con un 58.6% de satisfacción.

Gráfico 44

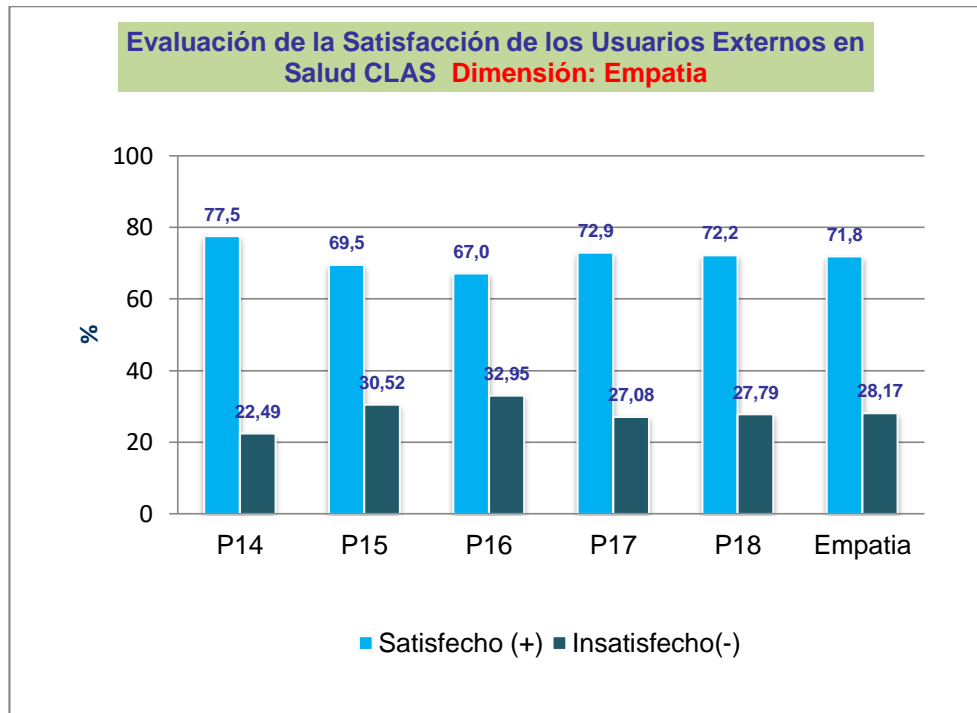
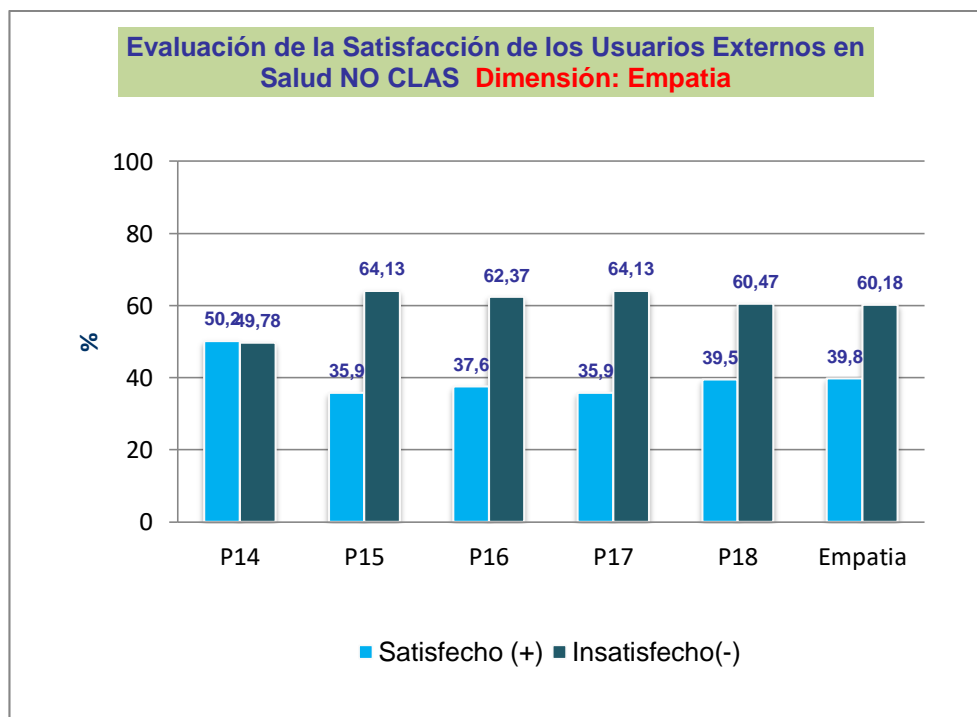


Gráfico 45



Análisis

Respecto a la dimensión de empatía, podemos observar que en los establecimientos CLAS el nivel de insatisfacción alcanza un 28.17%, mientras que en los establecimientos No CLAS este alcanza un 60.18%. En los establecimientos CLAS el mayor nivel de insatisfacción es el referente a que el personal de admisión le trate con amabilidad, respeto y paciencia con un 32.95% de insatisfacción, seguido de que el personal de caja/farmacia le trate con amabilidad, respeto y paciencia con un 30.52% de insatisfacción y el nivel más alto de satisfacción fue lo referente a que el medico u otro profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia con un 77.5% de satisfacción. En Los establecimientos No CLAS el mayor nivel de insatisfacción es el referente a que el personal de caja/farmacia le trate con amabilidad, respeto y paciencia con un 64.13% de insatisfacción, seguido de que comprenderá la explicación que le brindara el medico u otro profesional sobre su salud o resultado de la atención, también con un 64.13% de insatisfacción, y el nivel más alto de satisfacción en estos establecimientos fue el concerniente a que medico u otro profesional que le atenderá le trate con amabilidad, respeto y paciencia con un 50.2% de satisfacción.

Gráfico 46

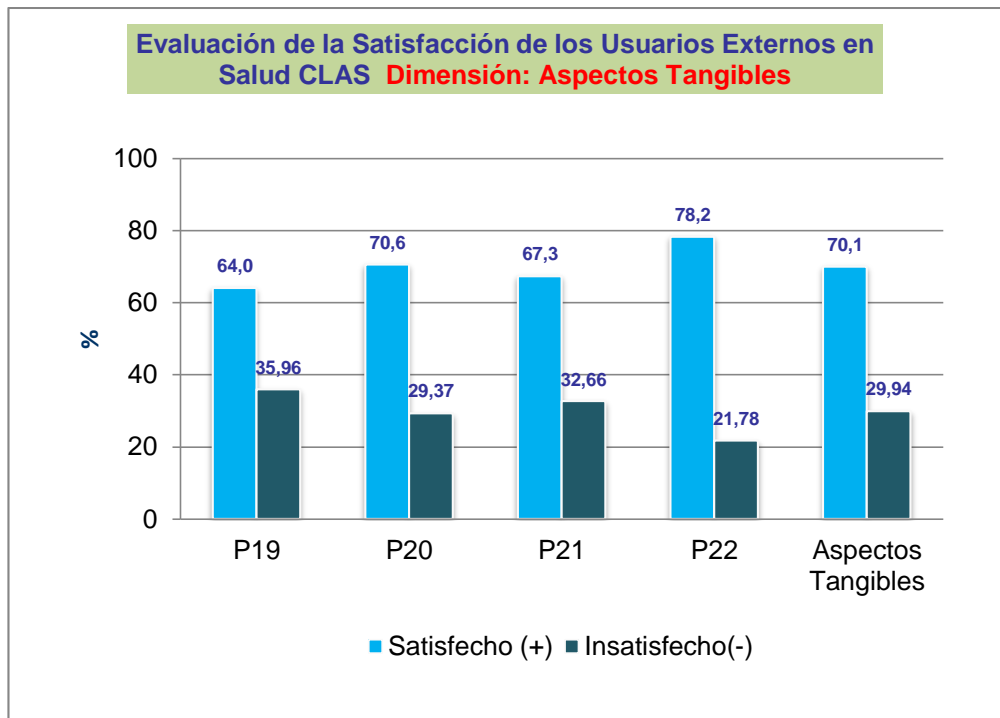
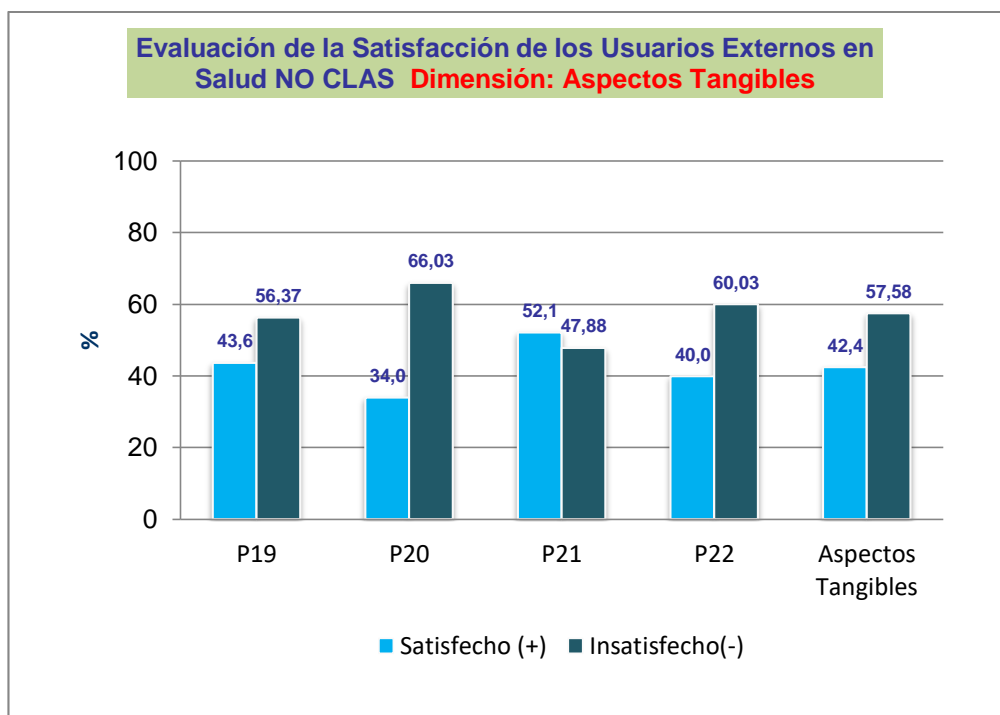


Gráfico 47



Análisis

Respecto a la dimensión de aspectos tangibles, podemos observar que en los establecimientos CLAS el nivel de insatisfacción alcanza un 29.94%, mientras que en los establecimientos No CLAS este alcanza un 57.58%. En los establecimientos CLAS el mayor nivel de insatisfacción es el referente a que los carteles, letreros o flechas del establecimiento sean adecuados para orientar a los pacientes con un 35.96% de insatisfacción, seguido de que el establecimiento de salud cuente con baños limpios para los pacientes con un 32.66% de insatisfacción y el nivel más alto de satisfacción fue lo referente a que los consultorios cuenten con equipos disponibles y materiales necesarios para su atención con un 78.2% de satisfacción. En Los establecimientos No CLAS el mayor nivel de insatisfacción es el referente a que el consultorio y la sala de espera se encuentren limpios y cuenten con mobiliario (bancas y sillas) para comodidad de los pacientes con un 66.03% de insatisfacción, seguido de que los consultorios cuenten con equipos disponibles y materiales necesarios para la atención, con un 60.03% de insatisfacción, y el nivel más alto de satisfacción en estos establecimientos fue el concerniente a que el establecimiento de salud cuente con baños limpios para los pacientes con un 52.1% de satisfacción

Gráfico 48

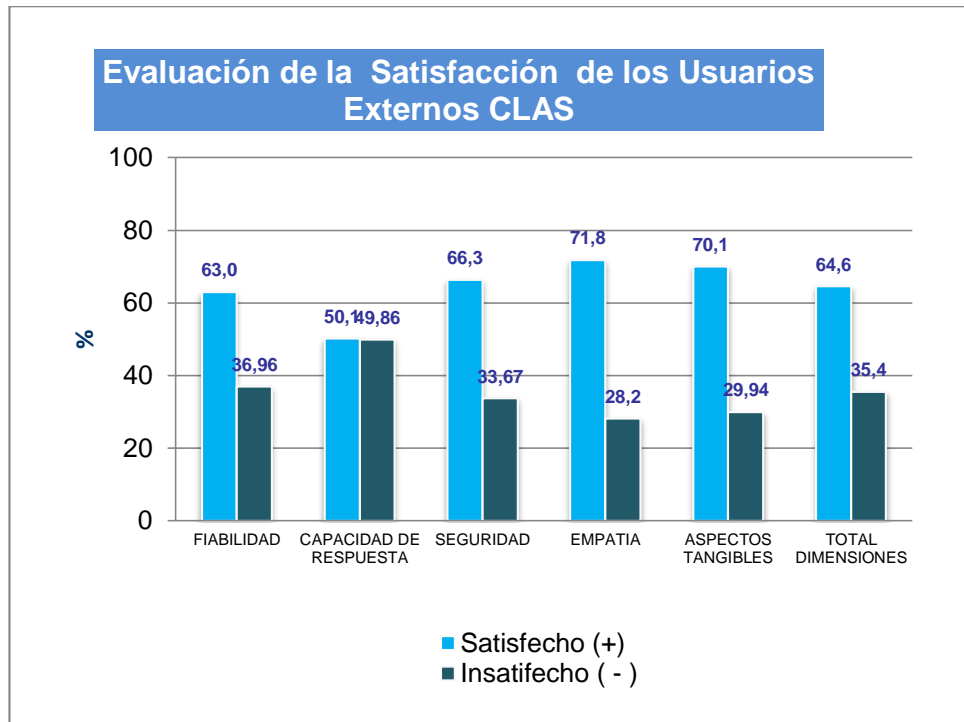
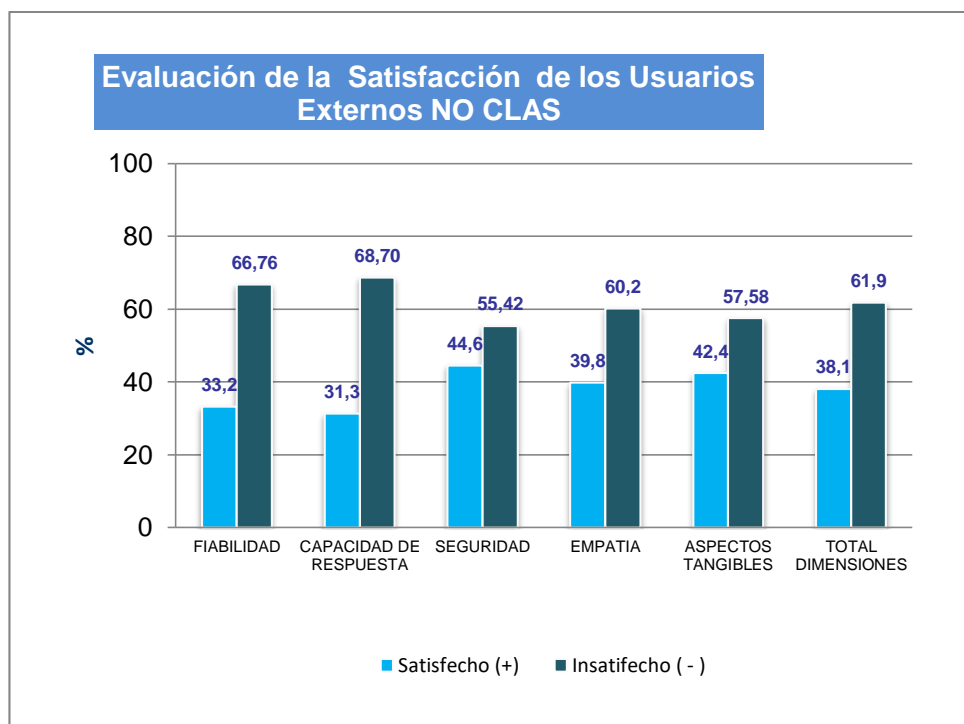


Gráfico 49



Análisis

Como podemos observar en los gráficos 48 y 49, los establecimientos CLAS muestran cifras mayores de satisfacción en todos aspectos consultados a los usuarios externos, teniendo un grado de satisfacción general de los usuarios externos de 64.6%, mientras que en los establecimientos No CLAS el grado de satisfacción de los usuarios externos fue de 38.1%. En los establecimientos CLAS los niveles de satisfacción más altas estuvieron relacionados con la empatía y los aspectos tangibles con un 71.8% y 70.1% respectivamente, mientras que la cifra más baja de satisfacción estuvo dado por la capacidad de respuesta de estos establecimientos con un valor de 50.1%. En los establecimientos No CLAS, las cifras mayores de insatisfacción estuvieron dados por los aspectos de capacidad de respuesta y fiabilidad con valores de 68.70% y 66.76% respectivamente, mientras que la cifra más alta de satisfacción estuvo dada por la seguridad en estos establecimientos con un 44.6% de satisfacción.

Tabla 14. Matriz de mejora CLAS

Dimensiones	Preguntas	Satisfecho (+)		Insatisfecho (-)	
		N	%	N	%
FIABILIDAD	P1	516	73.9	182	26.10
	P2	554	79.4	144	20.60
	P3	495	70.9	203	29.10
	P4	368	52.7	330	47.30
	P5	267	38.3	431	61.70
CAPACIDAD DE RESPUESTA	P6	399	57.1	299	42.90
	P7	362	51.8	336	48.20
	P8	267	38.3	431	61.70
	P9	372	53.3	326	46.70
SEGURIDAD	P10	520	74.5	178	25.50
	P11	408	58.5	290	41.50
	P12	454	65.1	244	34.90
	P13	470	67.4	228	32.60
EMPATIA	P14	541	77.5	157	22.50
	P15	485	69.5	213	30.50
	P16	468	67.0	230	33.00
	P17	509	72.9	189	27.10
	P18	504	72.2	194	27.80
ASPECTO TANGIBLE	P19	447	64.1	251	35.90
	P20	493	70.6	205	29.40
	P21	470	67.3	228	32.70
	P22	546	78.2	152	21.80
PORCENTAJE TOTAL		9915	64.57	5441	35.43

> 60%	Por Mejorar
40 – 60 %	En Proceso
< 40	Aceptable

Tabla 15. Matriz de mejora NO CLAS

Dimensiones	Preguntas	Satisfecho (+)		Insatisfecho (-)	
		N	%	N	%
FIABILIDAD	P1	289	42.3	394	57.69
	P2	305	44.7	378	55.34
	P3	143	20.9	540	79.06
	P4	233	34.1	450	65.89
	P5	165	24.2	518	75.84
CAPACIDAD DE RESPUESTA	P6	223	32.7	460	67.35
	P7	146	21.4	537	78.62
	P8	248	36.3	435	63.69
	P9	238	34.8	445	65.15
SEGURIDAD	P10	400	58.6	283	41.43
	P11	264	38.7	419	61.35
	P12	292	42.8	391	57.25
	P13	262	38.4	421	61.64
EMPATIA	P14	343	50.2	340	49.78
	P15	245	35.9	438	64.13
	P16	257	37.6	426	62.37
	P17	245	35.9	438	64.13
	P18	270	39.5	413	60.47
ASPECTO TANGIBLE	P19	298	43.6	385	56.37
	P20	232	34.0	451	66.03
	P21	356	52.1	327	47.88
	P22	273	40.0	410	60.03
PORCENTAJE TOTAL		5727	38.11	9299	61.89

> 60%	Por Mejorar
40 – 60 %	En Proceso
< 40	Aceptable

Gráfico 50. Dimensión de buen trato

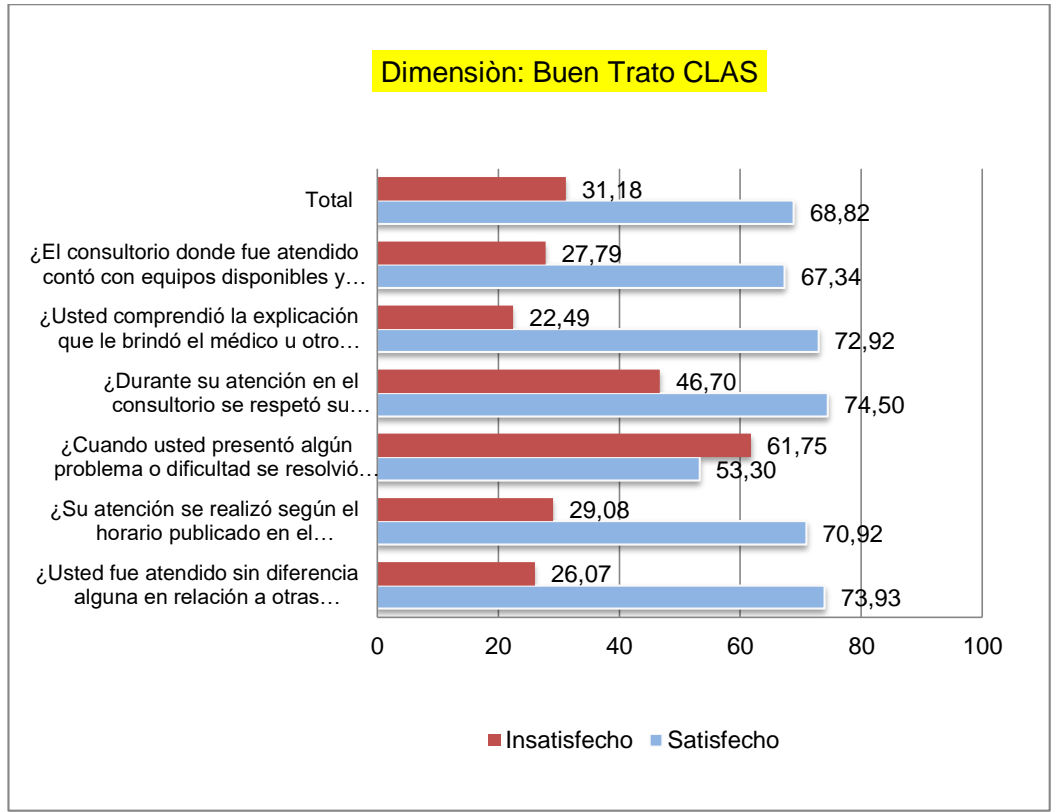
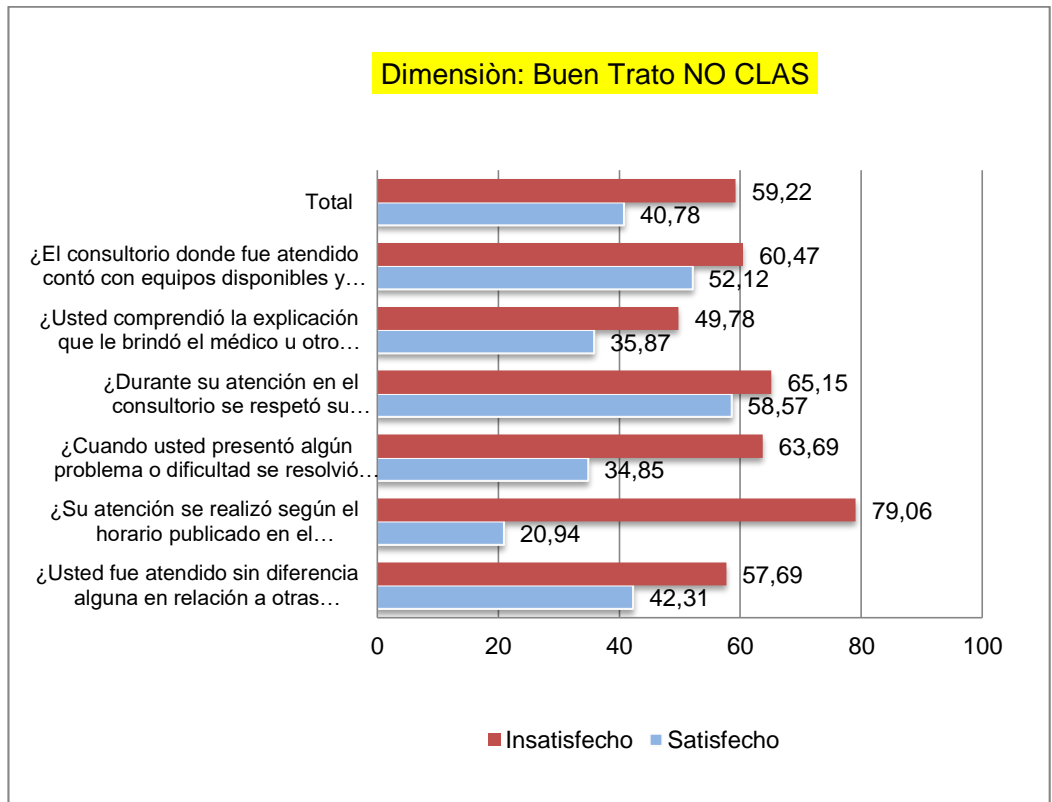


Gráfico 51



Análisis

En ambas graficas se pueden apreciar preguntas relacionadas al trato que recibieron los usuarios entrevistados que acudieron a los establecimientos de salud a recibir alguna atención, observándose clara diferencia entre ambos establecimientos. Los establecimientos CLAS reportan cifras de satisfacción a este aspecto de 68.82%, mientras que los establecimientos No CLAS reportan cifras de satisfacción de 40.78%.

4.5 ANÁLISIS DE DESEMPEÑO DE LOS ESTABLECIMIENTOS CLAS Y NO CLAS

Gráfico 52

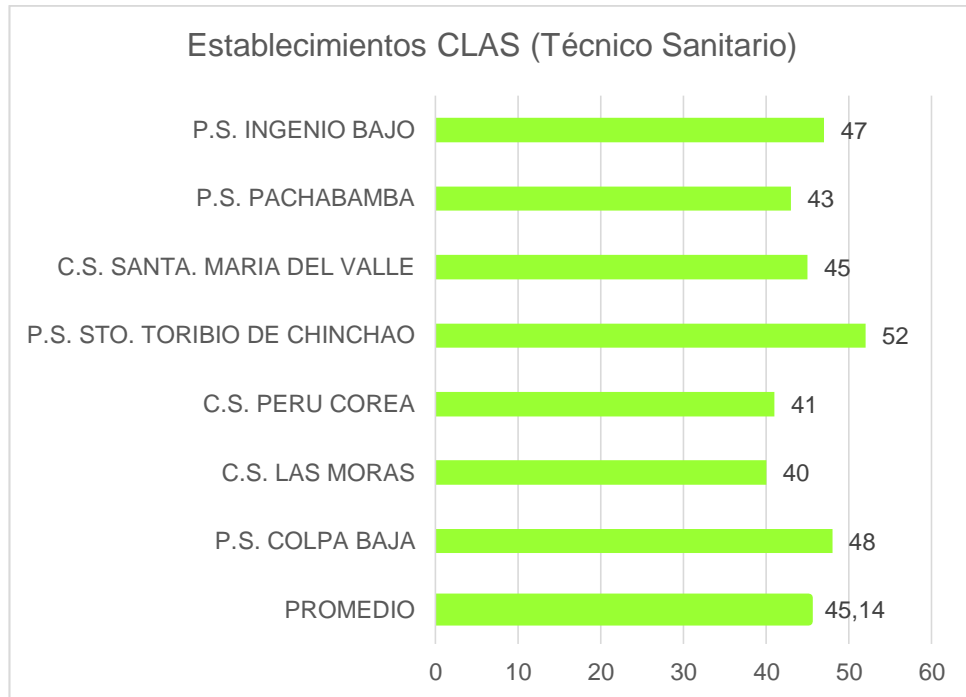
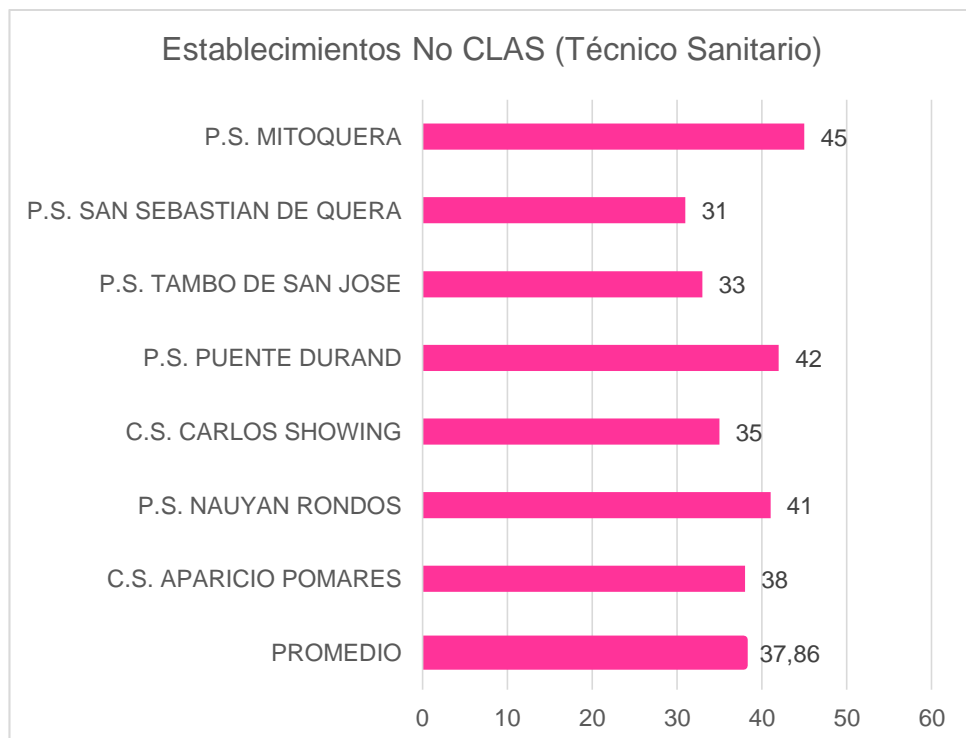
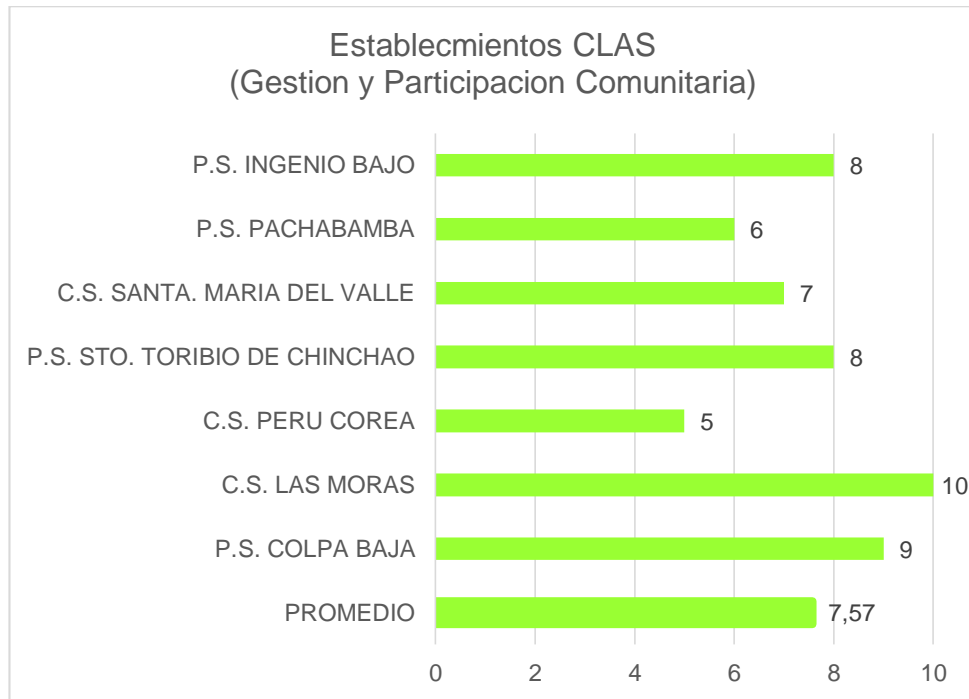
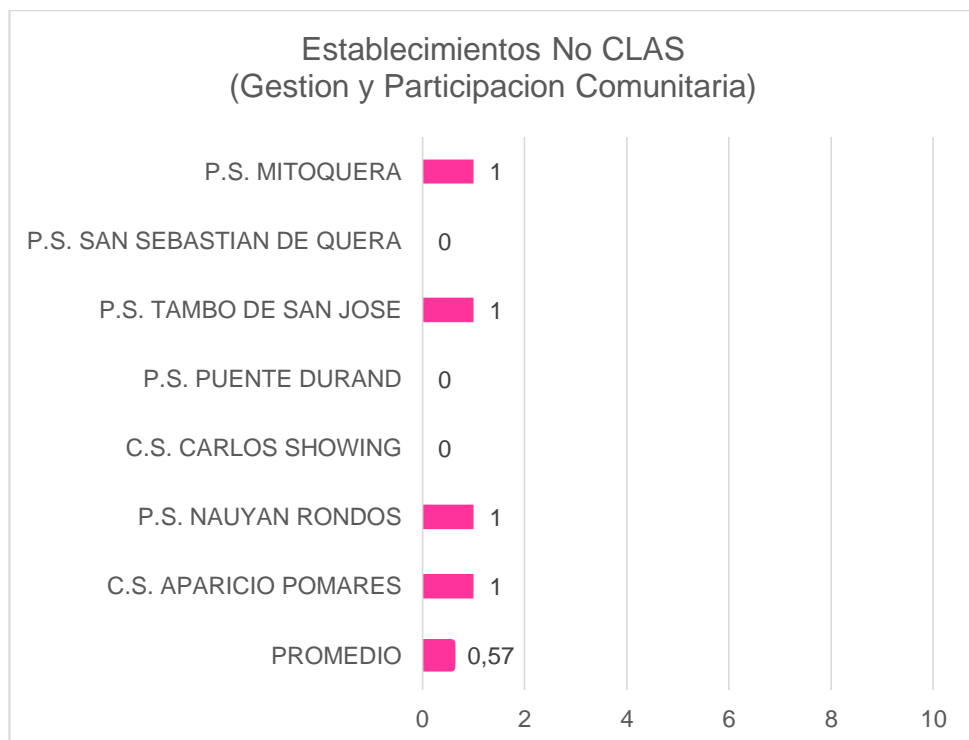


Gráfico 53



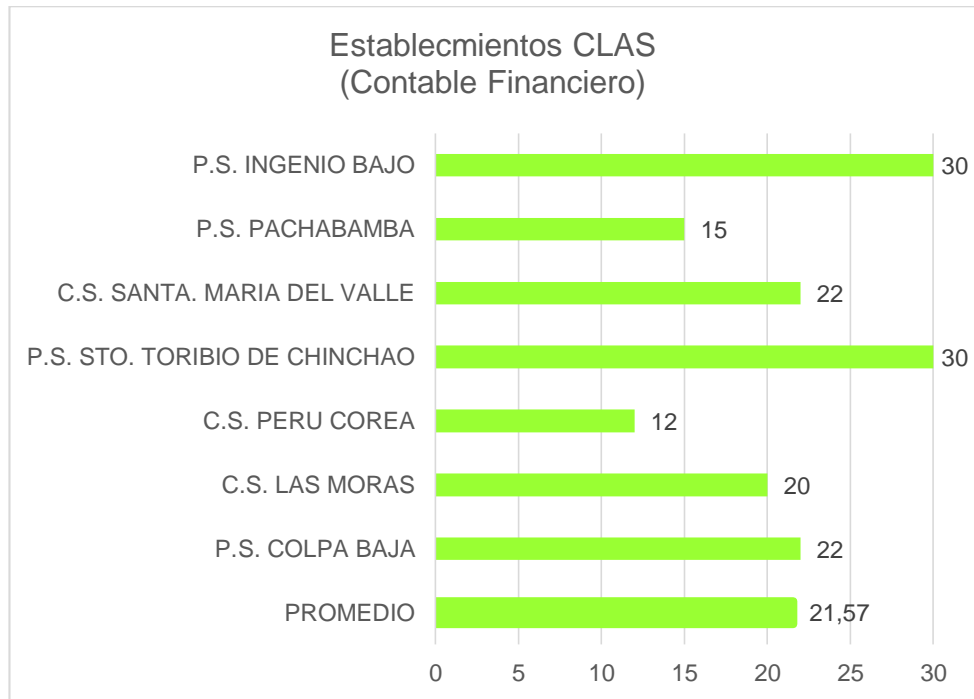
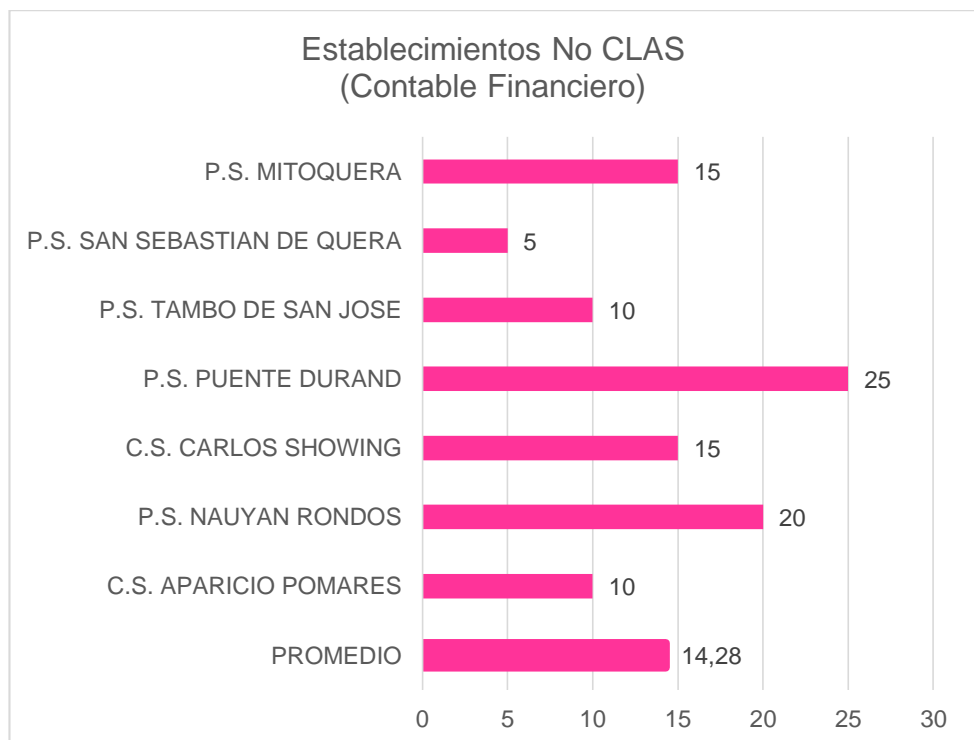
Análisis

El aspecto técnico sanitario de la evaluación de desempeño de los establecimientos de salud otorga un puntaje de 0 a 60 del total de la evaluación, es aquel que mide el conjunto de procesos que se realiza para evaluar el cumplimiento de indicadores sanitarios y el rendimiento del personal de salud. En los gráficos 52 y 53 se puede observar una diferencia que refleja un mayor grado de cumplimiento por parte de los establecimientos CLAS, con un promedio de 45.14 de cumplimiento, mientras que los establecimientos No CLAS alcanzan un 37.86 de cumplimiento. Cabe mencionar que los establecimientos CLAS, aparte de cumplir con la información mensual de actividades de las diferentes estrategias y programas, realiza un monitoreo mensual del cumplimiento de indicadores programados en el Plan de Salud Local, lo que le permite tener un mejor control de sus avances en los diferentes programas, así mismo este monitoreo es requisito para la transferencia de recursos económicos a los establecimientos CLAS.

Gráfico 54**Gráfico 55**

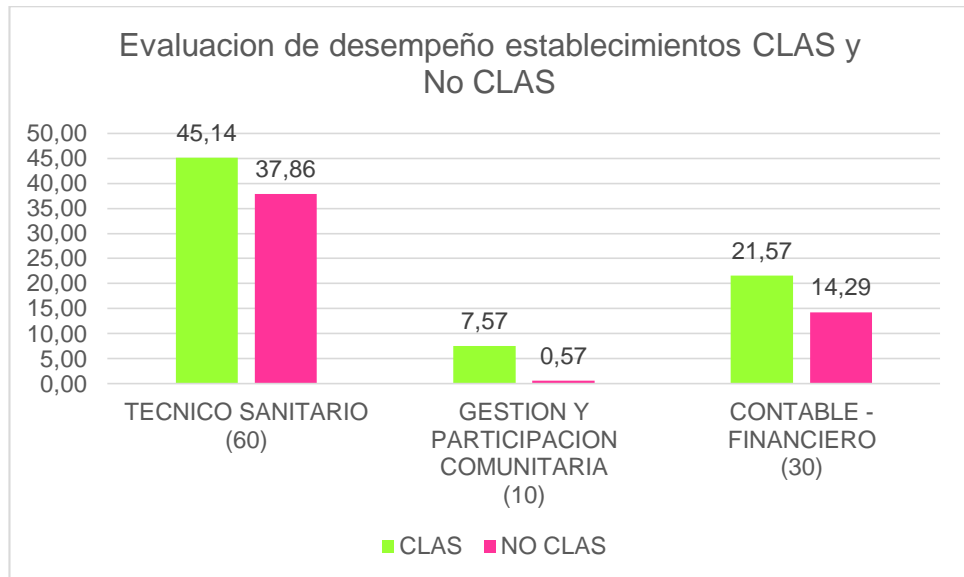
Análisis

El aspecto de gestión y participación comunitaria de la evaluación de desempeño de los establecimientos de salud otorga un puntaje de 0 a 10 del total de la evaluación, es aquel proceso mediante el cual la comunidad participa de acuerdo a sus propias necesidades y adquiere un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y de su comunidad. En los gráficos 54 y 55 se puede observar una diferencia muy marcada que refleja un mayor grado de cumplimiento por parte de los establecimientos CLAS, con un promedio de 7.57 de cumplimiento, mientras que los establecimientos No CLAS alcanzan un 0.57 de cumplimiento. Del mismo modo el cumplimiento de estas actividades condiciona a los establecimientos CLAS la transferencia oportuna de recursos económicos y al mismo tiempo establece canales de diálogo permanente entre la comunidad, gobierno local, organizaciones sociales de base y el establecimiento de salud.

Gráfico 56**Gráfico 57**

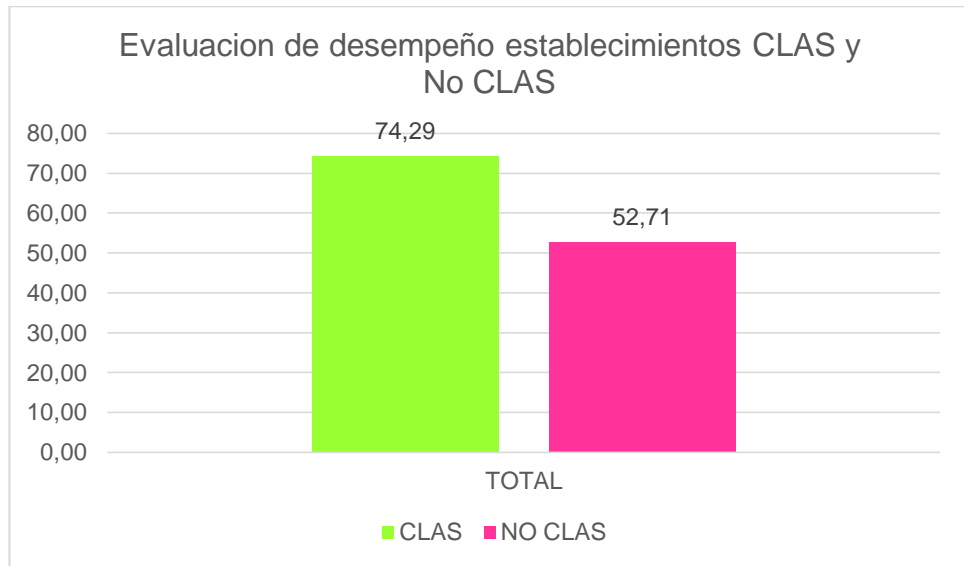
Análisis

El aspecto contable financiero de la evaluación de desempeño de los establecimientos de salud otorga un puntaje de 0 a 30 del total de la evaluación, son aquellos procesos contables de las operaciones presupuestales y financieras, con la finalidad de contar con información presupuestaria y financieros veraces, oportunos y útiles para la gestión. En los gráficos 56 y 57 se puede observar diferencias que reflejan un mayor grado de cumplimiento por parte de los establecimientos CLAS, con un promedio de 21.57 de cumplimiento, mientras que los establecimientos No CLAS alcanzan un 14.28 de cumplimiento. Del cumplimiento de estas actividades condiciona a los establecimientos CLAS la transferencia oportuna de recursos económicos, es por ello que dichos establecimientos tienen la casi obligación de cumplir con los mismos.

Gráfico 58

Análisis

Como se puede observar en el Gráfico N° 58 los establecimientos CLAS demostraron tener mejor grado de cumplimiento de indicadores de salud, rendimiento del personal, de trabajo y coordinación con la comunidad y autoridades locales para el cumplimiento de indicadores sanitarios y de manejo y ejecución presupuestal.

Gráfico 59

Análisis

De los establecimientos estudiados se pudo determinar que los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS, demostraron un desempeño mayor al de los establecimientos No CLAS, alcanzando una cifra de 74.29% de cumplimiento y 52.71% de cumplimiento respectivamente.

Tabla 16

EVALUACION DE DESEMPEÑO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CLAS - AÑO 2015					
N°	EE.SS.	TECNICO SANITARIO (60)	GESTION Y PARTICIPACION COMUNITARIA (10)	CONTABLE - FINANCIERO (30)	TOTAL
1	P.S. COLPA BAJA	48	9	22	79
2	C.S. LAS MORAS	40	10	20	70
3	C.S. PERU COREA	41	5	12	58
4	P.S. STO. TORIBIO DE CHINCHAO	52	8	30	90
5	C.S. SANTA. MARIA DEL VALLE	45	7	22	74
6	P.S. PACHABAMBA	43	6	15	64
7	P.S. INGENIO BAJO	47	8	30	85
PROMEDIO		45.14	7.57	21.57	74.29

Fuente: Elaboración propia

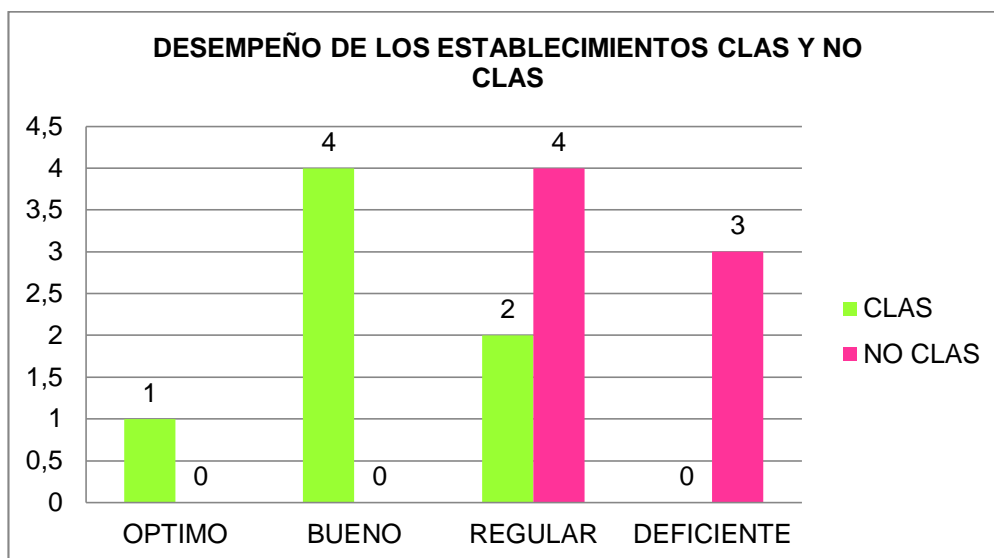
Tabla 17

EVALUACION DE DESEMPEÑO ESTABLECIMIENTOS DE SALUD NO CLAS AÑO 2015					
N°	EE.SS.	TECNICO SANITARIO (60)	GESTION Y PARTICIPACION COMUNITARIA (10)	CONTABLE - FINANCIERO (30)	TOTAL
1	C.S. APARICIO POMARES	38	1	10	49
2	P.S. NAUYAN RONDOS	41	1	20	62
3	C.S. CARLOS SHOWING	35	0	15	50
4	P.S. PUENTE DURAND	42	0	25	67
5	P.S. TAMBO DE SAN JOSE	33	1	10	44
6	P.S. SAN SEBASTIAN DE QUERA	31	0	5	36
7	P.S. MITOQUERA	45	1	15	61
PROMEDIO		37.86	0.57	14.29	52.71

Fuente: Elaboración propia

DESEMPEÑO ÓPTIMO	90,0 -100,1
DESEMPEÑO BUENO	69,5 - 89,10
DESEMPEÑO REGULAR	49,5 - 69,5
DESEMPEÑO DEFICIENTE	< 49,5

Gráfico 60



Análisis

De los cuadros 15 y 16 y del Gráfico 60, podemos concluir que los establecimientos CLAS tienen mejor desempeño que los establecimientos No CLAS, en el primero se puede evidenciar 1 establecimiento con desempeño óptimo, 4 establecimientos con desempeño bueno y 2 establecimientos con desempeño regular, no encontramos establecimientos con desempeño deficiente, al contrario en los establecimientos No CLAS; se pudo observar 3 establecimientos con deficiente desempeño y 4 establecimientos con desempeño regular, no se pudo observar establecimientos con buen desempeño.

PROCESO DE PRUEBA DE HIPÓTESIS:**Tabla 18.** Contrastación de influencia del desempeño de los establecimientos en términos de equidad en la provincia de Huánuco, 2015.

Desempeño de los establecimientos		Equidad		Total	Chi ²	Gl	p valor
		Mayor	Menor				
Desempeño óptimo	N ^o %	1 7.1%	0 0.0%	1 7.1%	8,67	3	0,034
Desempeño bueno	N ^o %	4 28.6%	0 0.0%	4 28.6%			
Desempeño regular	N ^o %	2 14.3%	4 28.6%	6 42.9%			
Desempeño deficiente	N ^o %	0 0.0%	3 21.4%	3 21.4%			
Total	N ^o %	7 50.0%	7 50.0%	14 100.0%			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 18, se aprecia la influencia del desempeño de los establecimientos en términos de equidad, en el 28.6% (4) de establecimientos CLAS el desempeño es bueno y hay mayor equidad, a su vez se observa que el 7.1% (1) establecimiento CLAS tiene un desempeño óptimo.

Para contrastar la hipótesis se utilizó el estadístico de prueba Chi², dando como resultado 8,67 que para tres (3) grados de libertad, el punto crítico es 7,81, el valor calculado es superior al punto crítico; para mayor confirmación el p valor obtenido es 0,034 ($P < 0,05$), es decir que con 3,4% de probabilidad de error se afirma que el desempeño de los establecimientos influye en la equidad. Se rechaza la primera hipótesis nula (H_{01}) y se acepta la primera hipótesis de investigación (H_{i1}).

Tabla 19. Contrastación de influencia del desempeño de los establecimientos en términos de calidad en la provincia de Huánuco, 2015.

Desempeño de los establecimientos		Calidad			Chi2	GI	p valor
		Mayor	Menor	Total			
Desempeño óptimo	Nº	0	1	1	8,0	3	0,046
	%	0.0%	7.1%	7.1%			
Desempeño bueno	Nº	4	0	4			
	%	28.6%	0.0%	28.6%			
Desempeño regular	Nº	3	3	6			
	%	21.4%	21.4%	42.9%			
Desempeño deficiente	Nº	0	3	3			
	%	0.0%	21.4%	21.4%			
Total	Nº	7	7	14			
	%	50.0%	50.0%	100.0%			

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 19, se aprecia la influencia del desempeño de los establecimientos en términos de calidad, en el 28.6% (4) de establecimientos CLAS el desempeño es bueno y hay mayor calidad, en el 21,4% (3) el desempeño es regular y también hay mayor calidad.

Para contrastar la hipótesis se utilizó el estadístico de prueba χ^2 , dando como resultado 8,0 que para tres (3) grados de libertad, el punto crítico es 7,81, el valor calculado es superior al punto crítico; para mayor confirmación el p valor obtenido es 0,046 ($P < 0,05$), es decir que con 4,6% de probabilidad de error se afirma que el desempeño de los establecimientos influye en la calidad. Se rechaza la segunda hipótesis nula (H_{01}) y se acepta la segunda hipótesis de investigación (H_{11}).

CONCLUSIONES

La cobertura de atención de los establecimientos de salud en la provincia de Huánuco de la región Huánuco durante el año 2015, fue superior en los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS, con un 53.37%, la principal razón de esta cobertura para los servicios de salud, lo constituye el hecho que los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS se ven más beneficiados mientras más atenciones realicen, ya que estos al depender de su productividad para su sustento, realizan mayor número de actividades de salud para lograr mayor presupuesto, y lo tanto se dispondrá de mayor recursos para el logro de sus objetivos, e incentivos al personal de salud, hecho que no sucede en los establecimientos No CLAS. La cobertura en los establecimientos No CLAS fue de 40.20%.

En términos generales la calidad de atención brindada en los establecimientos de salud de la provincia de Huánuco durante el 2015, fue superior en los establecimientos de salud administrados bajo la modalidad CLAS con un 62.3%, frente a un 40.56% de los establecimientos No CLAS, un factor importante para esta diferencia es el hecho de que estos establecimientos de salud administran los recursos humanos, económicos y de infraestructura de manera directa, los cuales son utilizados de acuerdo a las necesidades de sus establecimientos, tomado en cuenta sus necesidades reales, también otro factor importante es que la administración de estos establecimientos se realiza en conjunto con la población, bajo un enfoque de co gestión de la salud, lo cual ha permitido a la población participara activamente en la toma de decisiones respecto a su salud.

Dentro de las variables que determinan la satisfacción del usuario interno en los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS, tenemos a la del trabajo actual, es decir al lugar donde se desempeñan, el cual muestra un porcentaje de 82.6% de satisfacción, seguido del componente de trabajo en general con un 67.2% de satisfacción. En los establecimientos de salud administrados bajo la modalidad No CLAS las variables que muestran porcentajes más elevados de satisfacción son los relacionados al ambiente de trabajo con un 63.4% de satisfacción, seguido de la variable de trabajo en general con un 45.6% de satisfacción. La variable que muestra mayor porcentaje de insatisfacción en ambos tipos de establecimientos es la correspondiente a la de remuneraciones e incentivos, con valores de 41.3% de insatisfacción en los establecimientos CLAS y 62.4% en establecimientos No CLAS.

Dentro de las variables que determinan la satisfacción del usuario externo en los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS, tenemos a la empatía con un 71.8% de satisfacción, seguida de los aspectos tangibles con un 70.1% de satisfacción. En los establecimientos administrados bajo la modalidad No CLAS; la variable más alta lo constituye la seguridad con un 44.6% de satisfacción, seguida de los aspectos tangibles con un 42.4% de satisfacción. La variable que muestra mayor porcentaje de insatisfacción en ambos tipos de establecimientos, es la correspondiente a la de capacidad de respuesta, con valores de 49.86% de insatisfacción en los establecimientos CLAS y 68.70% en establecimientos No CLAS.

El desempeño de los establecimientos de salud administrados bajo la modalidad CLAS fue superior en todos los niveles estudiados, tanto en la parte técnico asistencial, en lo referente a participación comunitaria y la parte contable financiero, alcanzando un porcentaje de desempeño del 74.29% cifra que de acuerdo a la escala de evaluación utilizada por el ministerio para evaluar a dichos establecimientos lo ubica en un desempeño bueno, mientras que los establecimientos de salud No CLAS alcanzaron un porcentaje del 52.71%, cifra que traducida en dicho instrumento de evaluación lo califica como un desempeño regular.

RECOMENDACIONES

Los establecimientos de salud administrados bajo la modalidad No CLAS deberían contar con un Plan de Salud Local, el cual al igual que los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS, deberían ser monitorizados de manera mensual, hecho que permitiría al personal que labora en dichos establecimientos implementar acciones y actividades con la finalidad de llegar a la mayor cantidad de población, lo cual se traduciría en mayor cobertura de atención.

El Ministerio de Salud como ente rector de los establecimientos de salud, deberá reforzar las actividades de calidad en salud, mediante la capacitación al personal de salud, para la implementación de dichas actividades, los cuales deberán incluir a la población en general, ya que ellos son parte principal del desarrollo, así mismo se debe implementar obligatoriamente el análisis de satisfacción del usuario interno y externo en todos los establecimientos de salud de la región, con la finalidad de evaluar las percepciones de la población y los trabajadores de salud, para poder conocer nuestras deficiencias y de esta forma poder corregirlas.

Los establecimientos administrados bajo la modalidad CLAS han demostrado mejor desempeño en relación a los establecimientos administrados bajo la modalidad No CLAS, por lo que se recomienda a la Dirección Regional de Salud Huánuco, acelerar el proceso de reestructuración de los CLAS existentes y la creación de más establecimientos administrados bajo esta modalidad, en cumplimiento a la ley 29124 "ley que establece la co gestión y participación ciudadana para el primer nivel de atención en los establecimientos de salud del

Ministerio de Salud y de las regiones, aprobado el 12 de octubre del 2007,
y su reglamento el D-S N° 017-2008-SA aprobado el 31 de julio del 2008.

BIBLIOGRAFÍA

1. Romero DRD. CLAS "UNA EXPERIENCIA PARA DESCENTRALIZAR LOS SERVICIOS DE SALUD". *Gestion medica*. 6 del 25 de junio al 21 de julio del 2001;(226).
2. Romero DRD. Nuevos retos para los CLAS. *Gestion medica*. 2007 10 al 16 de diciembre del 2007.
3. Ugarte O. y Monge J.A. "Equidad y Reforma del sector Salud". *Gerencia y Políticas de Salud*. 2005 Feb.
4. Altobelli L. Compración de niveles de productividad CLAS Y NO CLAS. *Revista semestral de la facultad de medicina humana UNSAAC*. 1998.
5. Lin cLaC. In need of consistency of leadership. 2003 november.
6. Francke P. CLAS deben ser readecuados y fortalecidos. *boletin N° 05*. 2006 julio.
7. Olivera MV. "Modelo de gestion del establecimiento de salud y la participacion comunitaria de los lideres comunales". Lima: MINSA, Lima; 1997.
8. Raul Cortez, Paul Phumpiu. "La entrega de servicios de salud en los centros de administracion compartida (CLAS): el caso de Perú. ; 2001.
9. Grados AP. Financiamiento de los Establecimientos CLAS. 2006..
10. Arias Herrera H. La comunidad y su estudio: personalidad - educacion - salud. In Arias Herrera H. La comunidad y se estudio: personalidad - educacion - salud. la Habana : Pueblo y Educacion; 1995.
11. Salud OPdI. Participacion social. In *Desarrollo y Fortalecimiento de los sistemas locales de salud*; 1990; Washington. p. 3.
12. Salud OPd. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. In *La participacion social en el desarrollo de la salud*; 1995; Washington. p. 35.
13. Políticas, estrategias y lineas de accion en participacion comunitaria en salud. Santa Fe de Bogota: Republica de Colombia; 1991.
14. C. L. Participacion: ¿Solucion o problema? La Habana: Centro de investigaciones y desarrollo de la cultura Cubana Juan Marinello; 1996.
15. C. M. Políticas y estrategias patra la seguridad alimentaria en el hogar. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*. 1995;(45).

16. Salud OMdl. La introduccion de un componente de salud mental en la atencion primaria. 1990. Ginebra.
17. Salud OPdl. Carta de Ottawa para la promocion de la salud. 1986. Washington DC.
18. G. MN. Cobertura de los servicios de salud. Salud Publica de Mexico. 1992; 34(16-28).
19. Rubio Cebrian S. Glosario de Economia de la Salud España: Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instruccion; 1995.
20. Jaime OM. Gerencia en Odontologia Lima - Perú; 2002.
21. Gilmore, Carol; De Morales Novaes, Humberto. In Manual de Gerencia de la calidad.: Fundacion W.K. Kellogg; 1996.
22. Hernandez Ruiz AD. [Online].; 2002 [cited 2016 marzo 5. Available from: <http://www.gerenciasalud.com>].

ANEXOS