



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
(Universidad del Perú, DECANA DE AMERICA)  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNIDAD DE POST GRADO

# Efecto de la aplicación de un nuevo modelo de gestión con administración compartida, sobre la calidad de la atención en establecimientos de salud de la Provincia constitucional del Callao

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS  
BIBLIOTECA CENTRAL

**José Carlos DEL CARMEN SARA**  
Tesis para optar el grado de Magíster en  
Gerencia de Servicios de Salud

Lima - 2003

**A MI MADRE**

A quien debo lo que soy y lo que llegaré a ser

**A MI ESPOSA**

Compañera e impulso en mi diario caminar

**A MIS HIJOS**

Razón y alegría de nuestras vidas

**AGRADECIMIENTOS:**

***Al Dr. Pedro Mendoza Arana***

*Por su asesoría para la presentación de esta Tesis*

***Al Dr. Anibal Velásquez Valdivia***

*Por su orientación en el desarrollo de la investigación*

***A mis compañeros de la Promoción "W. E. Deming"***

*Por su amistad y espíritu de superación*

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	
1. Antecedentes y Justificación del Estudio	1
1.1 Los Comités Locales de Administración Compartida	1
1.2 De la Calidad de los Servicios	2
2. Pregunta de Investigación e Hipótesis de Estudio	4
2.1 Hipótesis de Estudio	4
3. Objetivos	4
3.1 Objetivos Generales	4
3.2 Objetivos Específicos	4
<b>II. METODOLOGÍA</b>	
1. Tipo de Estudio	5
2. Universo y Muestra	5
3. Operacionalización de las Variables	7
4. Método de Recolección	9
4.1 Cuestionario	9
4.2 Aplicación del Instrumento	10
5. Análisis	11
5.1 Alcances y limitaciones del Estudio	11
<b>III. RESULTADOS</b>	
1. Características de los Encuestados	12
2. Del Servicio Requerido	13
3. Satisfacción del Usuario	16
3.1 Análisis estratificado de la satisfacción del usuario	19
4. Relaciones Interpersonales	21
4.1 Análisis estratificado de relaciones interpersonales	26
5. Tiempo de Espera	28
5.1 Análisis estratificado de tiempo de espera	33
6. Calidad de los Procesos Técnicos	35
6.1 Análisis estratificado de la calidad de procesos técnicos	44
7. Otros aspectos relacionados a la Atención	46
8. Análisis de la Calidad General	51
8.1 Análisis estratificado de la Calidad General	52
<b>IV. DISCUSIÓN</b>	53
<b>V. CONCLUSIONES</b>	59
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	60
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	61
<b>VIII. ANEXOS</b>	

## **I.- INTRODUCCIÓN**

### **1.-Antecedentes y Justificación del estudio**

Los procesos de reforma de salud, han tenido como uno de sus mayores retos el desarrollar nuevas estrategias, que permitan optimizar el uso de los recursos asignados, para el logro de una mayor cobertura, pero sin desmedro de la calidad de la atención.

Dentro de este contexto, el involucramiento de los usuarios a través de la comunidad organizada en la gestión de los establecimientos de salud, así como el otorgamiento de facultades administrativas propias del régimen privado, han sido planteados como elementos que propician un más eficiente uso de recursos, cautelando de manera privilegiada la calidad percibida en la atención de salud por parte de los usuarios, en razón a su participación en la fiscalización y la corresponsabilidad ejercida en la gestión de dichos establecimientos <sup>(1)</sup>.

Los esfuerzos por lograr una participación de la comunidad en las acciones de salud se remonta en nuestro país a la década de los 70, forjando las bases de lo que posteriormente se constituirían como los Sistemas Locales de Salud (SILOS), y que más adelante darían lugar a las Zonas de desarrollo integral de la salud (ZONADIS), mediante Decreto Supremo 002-92 <sup>(2)</sup>.

#### **1.1.- Los Comités locales de Administración Compartida**

La constitución de los comités locales de administración de salud (CLAS) se inició en el Perú en el año de 1994, como una experiencia reconocida recientemente como única en el mundo por el Director General de la Organización Mundial de la Salud, en su visita a nuestro país en Octubre del 2001 <sup>(3)</sup>.

Los CLAS constituyen una forma de administración descentralizada de los servicios de salud de atención primaria, donde el Estado, representado por el Ministerio de Salud a través de su Dirección Regional, comparte esfuerzos y recursos con la comunidad.

Los comités CLAS están compuestos por tres representantes elegidos por la comunidad, tres miembros de la comunidad propuestos por el Jefe del establecimiento y el Jefe mismo, que asume la función de Gerente.

A partir de 1999, se constituye la alternativa de otorgar al CLAS la administración de más de un establecimiento de salud, mediante los llamados CLAS "agregados", concebido como una pequeña red de alrededor de 5 establecimientos, cada uno de los cuales elabora su propio Plan Local de Salud, que es integrado en uno conjunto y que sirve para establecer los parámetros de evaluación y seguimiento por parte de la autoridad regional.

El CLAS se hace cargo de la gestión del o los establecimientos de salud a su cargo, teniendo atribuciones para fijar escalas tarifarias por el uso de los servicios y el sistema de contratación de personal, lo que le permite controlar y supervisar el desempeño de los profesionales. La administración privada del establecimiento introduce flexibilidad en el manejo presupuestal y de personal, contribuyendo a un uso más eficiente de los recursos <sup>(4,5)</sup>.

## **1.2.- De la Calidad de los Servicios**

Existen diversas propuestas analíticas de la calidad en Salud, sin embargo la planteada por Donabedian, pese a su generalidad, mantiene vigencia cuando propone tres dimensiones: los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que se establecen entre proveedor y usuario y el contexto o entorno de la atención. Esto implica un nivel básico de comodidad, ambientación, limpieza, privacidad y el elemento de confianza que siente el usuario por el servicio <sup>(6)</sup>.

Los primeros resultados obtenidos por los CLAS fueron evaluados bajo diferentes enfoques<sup>(4,7,8)</sup>, siendo uno de los más significativos, el estudio publicado por el Ministerio de Salud en el año 1997<sup>(9)</sup>, en el que se realiza el análisis de la demanda en los establecimientos involucrados en este modelo de gestión, arribándose a conclusiones preliminares que sugieren una mejora en la calidad de atención brindada en los establecimientos bajo el modelo CLAS con respecto a aquellos que mantienen los sistemas tradicionales de gestión, remarcando sin embargo que existen algunas contradicciones que serían atribuibles a la fuerte relación existente entre la gestión de las Direcciones de Salud (DISA), con la mayoría de aspectos de la atención como la regulación de tarifas, nivel de quejas y confort de los usuarios.

Así por ejemplo, en el citado estudio se señala que en DISAs como Cajamarca, Huancavelica, Ica y Pasco, el porcentaje de niveles altos de quejas de los usuarios del CLAS supera a los NO CLAS en 20 puntos (Cajamarca: 76.5% en CLAS vs 55.5% en los NO CLAS, Huancavelica: 65.6% en CLAS vs 49.6% en NO CLAS, Ica: 77% en CLAS vs 51.1% en NO CLAS y Pasco: 79.1% en CLAS vs 39.7% en NO CLAS)<sup>(9)</sup>.

Solamente en San Martín se observa un nivel de quejas importante en los NO CLAS ( 10% en los CLAS vs 32.6% en los NO CLAS).

A pesar de ello, y aun cuando no se encontraba dentro de los objetivos iniciales de la propuesta CLAS el logro de una mejora en la calidad de los servicios de salud, esta pudo ser evidenciada y atribuida a la mayor flexibilidad de la gestión para la ejecución de los recursos generados, y por ende para la solución de los problemas detectados en la prestación<sup>(5)</sup>.

Adicionalmente, el involucrar a la comunidad como un verificador externo de la calidad del servicio prestado, resultaba como un mecanismo efectivo y superior a que sea el mismo prestador el que se auto evalúe.

Por otro lado, la "rendición de cuentas", que implicaba parte del ejercicio del nuevo modelo, había demostrado un efecto favorable en el mejor desempeño de la función pública<sup>(10)</sup>, pudiendo extenderse este hecho a la calidad de los servicios prestados<sup>(11)</sup>.

El presente estudio busca evaluar la calidad de los servicios de salud prestados en establecimientos regidos bajo el modelo de gestión con administración compartida, mediante los denominados "Comités locales de Administración de Salud" (CLAS), en 3 establecimientos de salud de la Provincia constitucional del Callao, cuya reciente incorporación al nuevo modelo, permite comparar los indicadores relacionados a la calidad del servicio, con los registrados en establecimientos similares pertenecientes a la misma Dirección de Salud, y que permitan determinar la posible influencia del modelo sobre la variable propuesta.

En la medida en que las observaciones serán realizadas en el seno de una misma Dirección de salud, con estilos, condiciones de trabajo similares y en el mismo periodo de tiempo, el presente trabajo contribuirá al logro de una mayor aproximación hacia el real efecto del nuevo modelo de gestión sobre la calidad de atención, a tenerse en cuenta en el proceso de toma de decisiones sobre las posible ventajas de una generalización del presente modelo, como una estrategia para consolidar los avances de la Reforma de Salud en el Perú, en el marco del Proceso de Descentralización <sup>(12,13,14)</sup>.

## **2.-Pregunta de Investigación e Hipótesis de Estudio**

*¿Existe una mejor calidad de la atención a los usuarios, en los establecimientos de salud bajo el sistema de gestión con administración compartida en la Dirección de salud del Callao?*

### **2.1.- Hipótesis de estudio**

La calidad de la atención, definida en las dimensiones de satisfacción del usuario, tiempo de espera, relaciones interpersonales y calidad de procesos técnicos, es mejor en los establecimientos de salud bajo el nuevo modelo de gestión (CLAS), que en los otros establecimientos de similares características, de la Dirección de salud del Callao que no se encuentran bajo este modelo.

## **3.-Objetivos**

### **3.1.- Objetivos Generales**

Evaluar la influencia de la implantación de un nuevo modelo de gestión con administración compartida (CLAS), sobre la calidad de la atención definida en las dimensiones de satisfacción del usuario, tiempo de espera, relaciones interpersonales y calidad de procesos técnicos, en los establecimientos de la Dirección de Salud del Callao.

### **3.2.- Objetivos específicos**

1. Comparar el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a los establecimientos de salud bajo el modelo CLAS y no CLAS, en la Dirección de Salud del Callao.
2. Determinar el efecto sobre el tiempo de espera para la atención de los usuarios en establecimientos de salud bajo el modelo CLAS y no CLAS, en la Dirección de salud del Callao.
3. Establecer si existe diferencia en las relaciones interpersonales referida al trato, calidad y contenido de información, frecuencia de quejas, entre establecimientos bajo el modelo de gestión CLAS y no CLAS, en la Dirección de salud del Callao.
4. Describir las diferencias en la calidad de los procesos técnicos aplicados para la atención de los usuarios en los establecimientos bajo el modelo CLAS y no CLAS, en la Dirección de salud del Callao.



## **II.- METODOLOGÍA**

### **1.- Tipo de Estudio**

El estudio es de corte transversal con recolección de datos por medio de una encuesta.

### **2.- Universo y Muestra**

La población de interés de este estudio son los usuarios de los establecimientos de Salud CLAS y NO CLAS seleccionados de la DISA I C.

Para la determinación de la muestra se realizó un muestreo polietápico, donde en primer lugar se seleccionaron los establecimientos CLAS y No CLAS a ser incluidos en el estudio, y en segundo término, el tamaño de la muestra de los usuarios.

Para la selección de los establecimientos CLAS a ser incorporados, se tomó en cuenta la totalidad de los establecimientos existentes en la Dirección de Salud del Callao bajo este modelo de gestión, que ascendían a tres: Centro de Salud Villa de los Reyes, Santa Rosa de Pachacutec y Luis Felipe de las Casas. Todos ellos ubicados en el distrito de Ventanilla y constituidos como un CLAS agregado denominado "Forjando Salud".

Para seleccionar los establecimientos de salud No CLAS, se utilizó el Análisis por Agrupación (Cluster Analysis), el cual permite dividir a las unidades en clases o grupos, de modo que las unidades sean semejantes entre si, de acuerdo a variables como: número de atendidos durante el año 2001, número de atenciones durante el año 2001, horario de atención, número de consultorios de medicina, obstetricia, enfermería, odontología, psicología, laboratorio, emergencia y calificación de la infraestructura (Anexo I ).

Debido a la diferencia de unidades de medida de las variables estas fueron estandarizadas para ser comparadas. Los establecimientos de salud que formaron grupos semejantes fueron:

<b>ESTABLECIMIENTOS CLAS</b>	<b>ESTABLECIMIENTOS NO CLAS</b>
VILLA LOS REYES	BOCANEGRA
SANTA ROSA DE Pachacutec	JUAN PABLO II
LUIS FELIPE DE LAS CASAS	SAN JUAN BOSCO

Para la determinación de una muestra representativa de los usuarios que debían ser incorporados en el estudio, se calculó usando el Muestreo Aleatorio Proporcional Simple con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{P*Q*Z^2*N}{(N*E^2) + (P*Q)}$$

Donde:

P = Q = variabilidad, asumimos 50% (0.5)

N = Tamaño de la población, se tomo como referencia el numero de atendidos durante el mes de mayo del 2001, de los establecimientos seleccionados

E = Error 5 % (0.05)

Z= Nivel de confianza 95% (1.96)

Se distribuyó la muestra proporcionalmente al tamaño de atendidos durante el mes de mayo del 2001 de cada establecimiento

Los resultados del cálculo de la muestra se presentan en la siguiente tabla:

### Composición de la Muestra

Establecimiento	Atendidos Ejemplares	Incremento	Confianza (%)	Muestra Calculada	Realizado
Villa Los Reyes	966	+10%	95%	102	102
Santa Rosa de Pachacutec	646	+10%	95%	69	65
Luis F. De las Casas	629	+10%	95%	66	60
Bocanegra	512	+10%	95%	54	49
Juan Pablo II	210	+10%	95%	22	20
San Juan Bosco	917	+10%	95%	98	98
Total	3880	+10%	95%	411	394

Como puede observarse la muestra ha sido calculada incrementando un 10% (la muestra sin este incremento es 374), con la finalidad de anular fichas que no estuvieran completas o en caso de no llegar a completar la carga diaria durante el horario de atención.

El trabajo de campo se realizó con 7 encuestadores capacitados, llevándose a cabo los días 17, 20 y 21 de mayo, en forma simultanea en los 6 establecimientos seleccionados.

Los encuestadores estuvieron en los establecimientos durante el horario de la consulta y fueron supervisados en todo momento.

La selección de usuarios se realizó usando los siguientes criterios:

**Criterios de inclusión:** Pacientes que acuden a los establecimientos sometidos al estudio para atención en consulta externa: médica, odontológica, obstétrica, inmunizaciones o inyectables, exámenes de laboratorio, programas de salud u otros servicios.

**Criterios de exclusión:** Trabajadores o familiares de trabajadores de la institución.

Miembros directivos de los Comités locales de administración de salud.

Autoridades locales.

La entrevista a los usuarios fue personal en los establecimientos de salud al momento de salir de la consulta, para la selección de los entrevistados se usó el método sistemático seleccionándolos cada 3 pacientes y se llevó a cabo en forma simultánea en los 6 establecimientos.

### **3.- Operacionalización de las variables**

La variable dependiente para el presente estudio es "Calidad de atención", siendo la variable independiente "Modelo de gestión". El tipo de relación planteado es el de "Asociación con relación de dependencia".

Se han considerado las siguientes variables clasificatorias:

- Del usuario: Edad, Sexo, Instrucción, Ocupación.
- Del Acceso: Vía de traslado al establecimiento, Tiempo de traslado.
- Del servicio: Motivo de atención, Tipo de servicio

#### **Modelo de gestión:**

Se consideró dentro del modelo de gestión de administración compartida a los tres establecimientos incorporados como Comités locales de administración de salud (CLAS) el mes de Marzo del 2000, en la Dirección de salud del Callao.

Se consideró como modelo no CLAS, a los demás establecimientos que fueron incluidos como grupo control, y que se mantienen bajo el sistema de administración tradicional de los establecimientos públicos de primer nivel del Ministerio de salud. La escala de medición es nominal registrándose como: establecimiento CLAS y establecimiento no CLAS.

#### **Calidad de la atención:**

Definida en las dimensiones:

- Satisfacción del usuario, medida por las siguientes variables:
  - Apreciación de limpieza del establecimiento
  - Apariencia de los trabajadores
  - Comodidad de la sala de espera

- Relaciones interpersonales, medido por:
  - Trato recibido en caja
  - Trato en admisión
  - Trato del personal auxiliar, o de enfermería
  - Trato del médico, odontólogo u obstetrix
  - Conformidad final con el trato recibido
  
- Tiempo de espera, medido por la apreciación del usuario respecto a:
  - El tiempo para la atención
  - El trámite para la atención
  - Rapidez en la atención del personal administrativo
  - Rapidez para la atención del personal técnico
  - Rapidez para la atención del personal profesional encargado de la atención final
  
- Calidad de los procesos técnicos, medido por el cumplimiento de lo siguientes elementos:
  - Lo examinaron
  - Le explicaron lo que tuvo
  - Entendió lo que le explicaron
  - Le explicaron sobre como usar los medicamentos indicados
  - Entendió como usar los medicamentos que le indicaron
  - Recibió indicaciones escritas
  - Respondieron a sus preguntas
  - Privacidad en el consultorio

Se consideró como Calidad en la dimensión satisfacción del usuario o *usuario satisfecho* cuando se calificó como "bueno" o "muy bueno" a todas las variables exploradas.

Se consideró como una Calidad en la dimensión relaciones interpersonales o *buen trato* en el servicio recibido cuando se calificó como "bueno" o "muy bueno" a todas las variables exploradas.

Se consideró como Calidad en la dimensión tiempo de espera o *espera breve* cuando se calificó como "breve" o "muy breve" el tiempo de espera, "fácil" o "muy fácil" el trámite para la atención, rápido "siempre" o "casi siempre" la atención, en todas las variables exploradas, según corresponda.

Se consideró como Calidad en la dimensión de procesos técnicos o *buen calidad técnica*, cuando se respondió que sí en todas las variables exploradas.

Por último, se consideró como definición de "Calidad General", cuando se determinó la Calidad en al menos dos de las dimensiones evaluadas (satisfacción, tiempo de espera, relaciones interpersonales y procesos técnicos).

alternativas, cada una de las cuales representaba una opción en una escala de Likert. Se complementó con preguntas relacionadas a si regresaría o no al establecimiento y porqué, las que fueron incluidas en la sección VII.

IV. RELACIONES INTERPERSONALES: Se indagó sobre el trato del personal que labora en el establecimiento: administrativo, técnico y profesional. Se empleó 5 alternativas, cada uno de los cuales representaba una opción en una escala de Likert.

V. TIEMPO DE ESPERA: Se considera la apreciación por parte del usuario referido al tiempo de espera, en una escala ordinal con cinco alternativas considerándose la calificación óptima como indicadora de satisfacción.

VI. CALIDAD DE LOS PROCESOS TÉCNICOS: Se considera en base a los siguientes indicadores: se le examinó, se le explicó lo que tuvo, la forma de tomar los medicamentos, y los exámenes practicados; lo comprendió, se le entregó las indicaciones por escrito en forma clara, si respondieron sus preguntas con suficiencia, si percibió privacidad en su atención. La escala de medición es ordinal, consignándose como óptima "si" , o en el caso de 4 o más alternativas, cuando responde como *muy bueno* o *todas*.

VII. OTROS ASPECTOS RELACIONADOS A LA ATENCIÓN: Se consideró el tiempo dedicado a la atención, la disponibilidad y acceso al uso de medicamentos, así como la percepción final de la atención recibida. Finalmente, se incluyeron preguntas abiertas para dejar libertad al usuario de opinar, en preguntas como: porque regresaría al establecimiento de salud, que fue lo que mas le gustó de la atención que recibió hoy, que cambiaría para mejorar la atención.

Las preguntas fueron codificadas y cortas, con la intención de enfocar la atención en la aplicación y evitar la dispersión por cansancio del encuestado.

#### **4.2.- Aplicación del instrumento**

La aplicación de este instrumento se realizó por medio de entrevistas personales aplicada a los usuarios de los establecimientos de salud al momento de salir de la consulta, para la selección de los entrevistados se usó el método sistemático seleccionándolos cada 3 pacientes. Fueron llevadas a cabo por encuestadores experimentados en la recolección de información sobre percepciones y actitudes de las personas.

PRUEBAS PILOTO: El cuestionario fue sometido a una prueba piloto, se aplicaron 20 cuestionarios en seis establecimientos. La prueba mostró que las personas entendían el lenguaje y no tenían ninguna dificultad.

**CAPACITACION:** La capacitación se llevó a cabo en un día en la sede central de la Dirección de Salud del Callao.

**TRABAJO DE CAMPO:** El trabajo de campo se realizó con 7 encuestadores, se llevó a cabo los días 17, 20 y 21 de mayo y fue en forma simultánea en los 6 establecimientos. Los encuestadores estuvieron en los establecimientos durante el horario de la consulta y fueron supervisados en todo momento.

**CRÍTICA DE LA INFORMACIÓN:** Una vez recibido el trabajo de campo se procedió a revisar la información en su totalidad antes de ingresarlo a la base de datos elaborada en EPIINFO versión 6.04. En este proceso se anularon 5 cuestionarios por inconsistencias o deficiencias de información.

## **5.- Análisis**

Se utilizó el software estadístico SPSS versión 10.00 para realizar el análisis de la información.

Se realizó el análisis descriptivo y se utilizó el Método Multivariado de Agrupación o Clusters, las Pruebas No Paramétricas Chi Cuadrado para demostrar asociaciones simples entre las variables de interés, la Prueba de Homogeneidad de poblaciones para comparar la igualdad de muestras (CLAS Y NO CLAS) respecto a las variables: satisfacción de usuarios, relaciones interpersonales, tiempo de espera y calidad de los procesos técnicos y la prueba de Fisher para probar la diferencia de muestras con respecto a la variable general "calidad de atención", con un nivel de confianza del 95%.

### **5.1.- Alcances y limitaciones del estudio**

Las similares características geográficas, epidemiológicas, de accesibilidad y de estilos de gestión, permitirán obtener resultados más homogéneos que los obtenidos en otros estudios en que se comparan establecimientos CLAS y no CLAS pertenecientes a regiones disímiles, en las que la estimación de la calidad brindada podía ser influenciada por las diferentes condiciones del servicio.

La limitación del presente estudio está relacionada al bajo número de establecimientos estudiados. Así mismo, habida cuenta que los establecimientos bajo el modelo de gestión de administración compartida que fueron estudiados, se encuentran constituidos en un CLAS agregado, los resultados estarían referidos fundamentalmente a este tipo de organización.

### **III. RESULTADOS**

**Consultar el capítulo completo en formato impreso**

Del mismo modo, al aplicar el análisis de asociación con respecto al tipo de servicio requerido (Tabla 42), no encontramos diferencia según tipo de servicio y definición de Calidad General.

**Tabla 35 Análisis estratificado de la definición  
Calidad General en relación al tipo de servicio**

tipo de servicio	Tipo de establecimiento	Calidad Global 2 o más		Total	X <sup>2</sup>	Valor p
		Satisfecho	Insatisfecho			
consulta o atención medica	CLAS	39	116	155	0.856	0.355
	No CLAS	29	66	95		
	Total	68	182	250		
consulta o atención odontologica	CLAS		12	12	0.147*	0.147
	No CLAS	2	6	8		
	Total	2	18	20		
atención obstetrica	CLAS	10	25	35	0.812	0.368
	No CLAS	7	29	36		
	Total	17	54	71		
otros programas de salud	CLAS	2	13	15	0.413*	0.277
	No CLAS	6	16	22		
	Total	8	29	37		
otros servicios	CLAS	5	2	7	0.103*	0.078
	No CLAS	1	5	6		
	Total	6	7	13		

\* Prueba Exacta de Fisher

## IV.- DISCUSIÓN

El Proceso de Reforma en Salud, ha enfatizado la búsqueda de la eficiencia de los servicios y la generación de nuevos mecanismos de gestión y de financiamiento de los mismos<sup>(19)</sup>.

La necesidad de incorporar criterios de Calidad en la prestación de los servicios de salud han sido planteados por diversos autores<sup>(20, 21)</sup> y<sup>(19)</sup> priorizados por la Autoridad Sanitaria Nacional.

En este contexto, la iniciativa de incorporar la participación de la comunidad en la Gestión de los servicios de salud y de dotar a dichos establecimientos de mecanismos propios de las organizaciones privadas, constituyó una opción singular que ha generado expectativa en diversos observadores nacionales e internacionales, al constituirse en una alternativa que viabilizaría el logro de la eficiencia en la prestación, sin desmedro de la calidad del servicio<sup>(3)</sup> y dentro de una concepción moderna de democratización<sup>(22)</sup>.

El caso de los CLAS en el Perú, constituye una valiosa y singular experiencia susceptible de ser utilizada como una base para la implantación del



nuevo Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud<sup>(23)</sup>. Para ello, es preciso identificar sus reales potencialidades, así como aquellos aspectos que deben ser reajustados para el logro de un verdadero acercamiento del servicio a la comunidad, brindado con calidad y eficiencia.

De las experiencias que hemos podido incorporar en estos años sobre el curso de la gestión de los establecimientos CLAS en diversas partes del país, pudimos percibir que más allá del marco teórico que planteaba como promotor una alianza estratégica entre los prestadores y los usuarios, para la mejor gestión de "sus establecimientos", surgía en mayor o menor medida un conflicto de poderes que conducía a un empoderamiento mal entendido de los Comités de Administración, o a un eficientismo desmedido por parte de los Gerentes, que amenazaban a los servicios, a los servidores y a los usuarios, con un deterioro de la calidad de los mismos.

A este respecto, Cortéz<sup>(4)</sup> describe como resultado de un estudio realizado a nivel nacional, que es posible identificar cuatro tipos de ordenamiento de las relaciones de poder al interior de los establecimientos incorporados en el modelo de gestión de Administración Compartida: El tipo I, en el que se ejerce un control comunitario, y donde el gerente establece una "alianza" con los representantes de la comunidad en el CLAS, quienes pasan a dominar la acción de la gerencia. El tipo II, en el que el control lo ejerce el equipo médico técnico, en este caso la alianza la establece el gerente con el equipo de salud del establecimiento, realizando sus labores como si fueran todavía un establecimiento centralizado que depende únicamente del MINSA. El tipo III, en el que el control lo tiene el gerente y lo ejerce de manera vertical. Por último, el tipo IV, el que denomina de "control difuso", en el que las alianzas las ejerce por un lado el gerente con parte del personal de salud, y por otro los miembros del CLAS con el resto del personal, ambos en busca de una supremacía relacionada a funciones específicas y de interés para cada grupo. Este último tipo, constituye el de mayor conflicto en razón a su inestabilidad y a la eventualidad de un enfrentamiento constante que perjudica la labor del establecimiento, al no existir las condiciones para un desenvolvimiento armónico y un trabajo conjunto planificado.

En relación a lo antes mencionado, la búsqueda del equilibrio y de una adecuada relación entre los agentes involucrados en la gestión y funcionamiento de los establecimientos incorporados en el modelo de gestión CLAS, plantea la necesidad del desarrollo de especiales competencias, tanto en el personal de salud como en los miembros de la comunidad, a lo que pudiera sumarse una progresiva incorporación o mayor aproximación a las autoridades locales, organizaciones no gubernamentales, instituciones promotoras laicas o religiosas, que conjuntamente con los representantes de las organizaciones de base, consoliden y contribuyan a la maduración de la experiencia desplegada.

En la Dirección de Salud del Callao, la implantación de los CLAS, un tanto tardía en relación al resto del país, escondía esta preocupación por

asegurar un resultado exitoso, para lo cual se realizaron los mayores esfuerzos para dotar al naciente CLAS del personal más calificado y de las mejores condiciones para su desarrollo.

Si bien la gestión y el apoyo inicial no pudo ser sostenido en el tiempo, los resultados a dos años de su implantación, merecían ser evaluados con el objeto de identificar sus posibles debilidades y fortalezas en la construcción de un servicio con calidad y eficiencia.

En el presente estudio nos propusimos evaluar la influencia de la implantación del nuevo modelo de gestión con administración compartida (CLAS), sobre la calidad de la atención, definida en las dimensiones de satisfacción del usuario, tiempo de espera, relaciones interpersonales y calidad de los procesos técnicos<sup>(24)</sup>, en los establecimientos de la Dirección de Salud del Callao.

### Satisfacción del usuario

Al referirnos a la dimensión de "satisfacción del usuario", analizando los resultados obtenidos en la medición de las variables "limpieza del establecimiento", "comodidad en la sala de espera" y "aparición de los trabajadores", encontramos que no existe diferencia significativa entre la proporción de usuarios que se mostraron satisfechos en todas las variables en los establecimientos CLAS y en los NO CLAS ( $p=0.304$ ).

En este aspecto, es preciso destacar que esta no diferencia entre ambos modelos de gestión se evidenció fundamentalmente en lo referente a la percepción de "limpieza del establecimiento" y "comodidad en la sala de espera"; sin embargo la "aparición de los trabajadores" fue calificada como "buena o muy buena" en una mayor proporción de usuarios que acudieron a establecimientos NO CLAS, en comparación con los encuestados en establecimientos CLAS ( $p=0.03$ ).

Cabe señalar, que dentro de la estructura y el marco normativo que rige a los establecimientos bajo el modelo de gestión CLAS, la Administración Compartida no significa únicamente un cambio de términos, sino que constituye al Gerente del CLAS en un agente activo, con poder de decisión y cierta autonomía, conjuntamente con el Comité de Administración, para abordar y superar problemas identificables, entre ellos los relacionados a la calidad del servicio.

En este sentido, la identificación de un parcial efecto negativo en los establecimientos CLAS sobre una variable que debería ser fácilmente manejada, en un establecimiento con un modelo de gestión que mas bien facilita la adquisición de elementos de vestuario de bajo costo como canguros o guardapolvos y que deberían poner en ventaja a sus trabajadores para

mantener una mejor apariencia, denotaría una no priorización del enfoque de calidad en la gestión de los mismos.

Es preciso señalar sin embargo, que existen otros aspectos de mayor magnitud, como los relacionados a las condiciones de la infraestructura del establecimiento, padecidos por algunos de los centros evaluados, y que se encuentran fuera del alcance de solución por parte de la Gerencia o de los Comités de Administración, pero que en el presente caso, no habrían sido reflejados en los resultados del estudio.

### Relaciones interpersonales

Con respecto a la dimensión "relaciones interpersonales", mediante el mismo análisis, encontramos que existe una diferencia significativa entre ambos modelos de gestión ( $p=0.018$ ), estando el modelo de gestión CLAS asociado a una mayor percepción de buen trato que los establecimientos NO CLAS.

En el análisis de esta dimensión debe precisarse, que la percepción de "buen trato" a los usuarios fue significativamente superior en los establecimientos con modelo de gestión CLAS por parte del personal de Caja, así como del personal de Admisión ( $p<0.01$ ).

Por contraparte, se encontró una mayor percepción de "buen trato" impartida por el personal médico, odontólogo u obstetriz, en los establecimientos NO CLAS ( $p<0.01$ ).

Es sugestivo identificar la diferencia significativa entre la clara percepción de "buen trato" en los establecimientos CLAS por parte del personal administrativo y no precisamente por parte del personal de salud, cuyo "buen trato" es más bien destacado en los establecimientos con modelo de gestión NO CLAS.

Es preciso anotar, que en encuestas realizadas en la Dirección de Salud del Callao en aplicación del Plan de Gestión de Calidad<sup>(25)</sup> en el año de realización del presente estudio, el trato del personal de caja y admisión constituyó una clara debilidad, lo que hace más destacable este hallazgo.

Una posible explicación a este hecho, estaría en relación a las atribuciones otorgadas a la Administración del CLAS para la gestión del personal, que haría posible un más cercano control y/o corrección de cualquier defecto atribuible al factor humano en la prestación del servicio, y hecho patente en el buen trato brindado por el personal de Caja y Admisión.

Sin embargo, la aparente desventaja encontrada en relación al trato impartido por el personal profesional de salud en los establecimientos CLAS, en

relación a los NO CLAS, merecería un esfuerzo por identificar sus posibles causas.

En este sentido, se ha señalado<sup>(4)</sup>, que debido a la ausencia de un incentivo institucional en los establecimientos CLAS, muchos profesionales, incluyendo los médicos jefes, revelan que su labor en dichos establecimientos es solo una situación temporal, ya que "no estarían haciendo carrera profesional en un CLAS". Este hecho, tendría que ser tomado en cuenta a fin de poder ser incorporado dentro de un marco normativo.

### Tiempo de espera

En relación a la dimensión "tiempo de espera", encontramos que existe una diferencia significativa entre ambos modelos de gestión, siendo el modelo CLAS caracterizado por un tiempo de espera largo y con menor facilidad en los tramites ( $p < 0.01$ ).

Por el contrario, los establecimientos NO CLAS destacaron por una mayor facilidad en el trámite para ser atendido, así como por una atención rápida por parte del personal administrativo, técnico y profesional ( $p < 0.01$ ).

De acuerdo a lo señalado, el perjuicio más claro identificado en contra de la calidad del servicio en los establecimientos CLAS sería precisamente el referido a la mayor dificultad para acceder a una atención rápida y que podría ser el resultado de una priorización de la productividad en el diseño de la prestación, como posible consecuencia de un enfoque inadecuado del Comité de Administración, o de un exceso en la búsqueda de eficiencia por parte de la Gerencia.

Al respecto, es preciso destacar que en la Encuesta Nacional de Niveles de Vida 1997<sup>(8)</sup> (ENNIV 97), se señala más bien al tiempo de espera, como el elemento más claramente identificable como ventajoso en los establecimientos regidos bajo el modelo CLAS, donde se encuentra que solo el 6.2% de los pacientes esperan más de 30 minutos para ser atendidos, mientras que en los establecimientos No CLAS, el 28.7% deben esperar ese mismo tiempo.

Debemos tener en cuenta sin embargo, que la metodología empleada en la ENNIV 97 para la calificación del tiempo de espera, estuvo referida a la medición en minutos del tiempo esperado hasta la atención, mientras que en el presente estudio se consignó la apreciación del usuario sobre si el tiempo transcurrido desde su llegada hasta el momento de su atención, la rapidez para la atención por parte del personal del establecimiento y la dificultad en el trámite realizado.

Igualmente, este aspecto es susceptible de ser mejorado, pero exige un entendimiento por parte de la Gerencia y de los Comités de Administración, de la necesidad de incorporar en la planificación de los servicios elementos

relacionados a la Gestión de la Calidad, que incluya una orientación hacia el usuario externo, pero que tenga en cuenta de manera explícita, al personal que participa en la prestación del servicio<sup>(6)</sup>, cuya motivación y confort es indispensable para alcanzar los mejores resultados<sup>(26)</sup>.

### Calidad de los procesos técnicos

Con referencia a la dimensión "calidad de los procesos técnicos", mediante la misma metodología encontramos que no existe diferencia entre los modelos CLAS y NO CLAS ( $p=0.635$ ).

Al respecto, debemos señalar que se encontraron diferencias significativas en relación al mayor porcentaje de pacientes que no fueron examinados en los establecimientos CLAS y que alcanzaron el 15.4% en comparación al 7.8% en los NO CLAS ( $p=0.02$ ), así como a la no explicación al paciente de la enfermedad que lo aquejaba y/o de cómo tomar sus medicamentos ( $p=0.01$ ).

Este hecho se corrobora con el menor grado de entendimiento de las explicaciones impartidas en los establecimientos CLAS ( $p<0.01$ ).

Por contraparte, se encontró un mayor porcentaje de pacientes en los establecimientos CLAS que recibieron explicaciones sobre los procedimientos que les realizaron ( $p<0.01$ ), no encontrándose diferencias en lo referente a la entrega de indicaciones escritas para el uso de medicamentos ( $p=0.90$ ).

Del mismo modo, no se encontró diferencia en las respuestas dadas por el profesional que prestó el servicio ( $p=0.59$ ), ni en la percepción del grado de conocimiento de dicho profesional sobre la enfermedad que motivó la atención ( $p=0.71$ ).

Estos últimos señalamientos unidos al hecho que el 93.4% de los encuestados en establecimientos CLAS refirieron que regresarían al mismo establecimiento en caso de tener un problema de salud, y que al identificar los motivos de su retorno precisaran además de la accesibilidad geográfica y económica, la alusión al "buen trato" recibido y a la "competencia del personal", pone en salvaguarda la calidad de los profesionales que prestan servicios en los establecimientos CLAS, como en los NO CLAS, como posible causa de estas diferencias.

Así mismo, la precisión hecha por los encuestados, que lo que más les gustó de la atención recibida fue que les "solucionaron su problema", corrobora lo antes mencionado, adicionándose el que fue posible evidenciar que los atendidos en los establecimientos bajo el modelo de gestión CLAS, alcanzaron un significativo mayor porcentaje en el señalamiento de la percepción de eficacia del servicio unida al buen trato del personal ( $p<0.01$ ).

Por último, debemos destacar, que al no haber encontrado diferencia en las respuestas referidas al acceso y disponibilidad de medicamentos, plantearía una limitada respuesta a eventuales problemas de abastecimiento en los establecimientos CLAS, a pesar de la supuesta facilidad de gestión que deberían tener, para lograr una mayor y sostenida oferta de medicamentos e insumos para la atención.

De lo antes señalado podemos concluir, que la sola implantación del modelo CLAS para la gestión de un establecimiento de salud, no se encuentra ligada a una necesaria mejora de la calidad del servicio percibida por el usuario; sin embargo, si es posible afirmar que la viabilidad de implantación de un Plan de Gestión de la Calidad, resulta potencialmente mayor en los establecimientos CLAS, por lo que se hace necesaria su incorporación dentro de los lineamientos de gestión establecidos por la autoridad sanitaria<sup>(27,28)</sup>.

## **V.- CONCLUSIONES**

1. Los CLAS en el Perú, constituyen una valiosa y singular experiencia susceptible de ser utilizada como base para la implementación del nuevo Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
2. En el presente estudio no se evidenció una diferencia significativa en la definición de la calidad general del servicio prestado en los establecimientos CLAS y NO CLAS, notándose una influencia positiva del modelo sobre la dimensión de calidad referida a "relaciones interpersonales" y negativa en la dimensión "tiempo de espera" en los establecimientos regidos bajo el modelo de gestión con administración compartida (CLAS).
3. Existe una pobre influencia del ejercicio de las atribuciones otorgadas a los establecimientos bajo el modelo de gestión CLAS estudiados, sobre variables fácilmente modificables, y que incrementarían la calidad de los servicios brindados, particularmente en lo relacionado a la dimensión de satisfacción del usuario y a otros como la dotación y acceso a medicamentos.
4. La posibilidad de intervención de la administración de los CLAS en los procesos de gestión de personal, permitiría un mejor control y/o corrección de cualquier defecto atribuible al factor humano en la prestación del servicio, percibiéndose en un mejor trato brindado, particularmente por el personal no profesional, en los establecimientos de salud estudiados.
5. El incremento en el tiempo de espera y el menor porcentaje alcanzado en algunas variables relacionadas a la calidad de los procesos técnicos en los establecimientos CLAS estudiados, contrasta con los resultados de evaluaciones nacionales, y estaría relacionado a una saturación de los servicios, como una posible consecuencia de una preocupación por lograr una mayor captación de recursos, o evitar el rechazo de pacientes y la consecuente queja de la comunidad.
6. La sola implantación del modelo CLAS para la gestión de un establecimiento de salud, no se encuentra ligada a una mejora de la calidad del servicio percibida por el usuario, si ella no va aparejada a la incorporación de un Plan de Gestión de la Calidad dentro de los lineamientos de gestión establecidos por la autoridad sanitaria contratante o por el mismo CLAS.

## **VI.- RECOMENDACIONES**

1. Las atribuciones administrativas otorgadas y la organización misma de los Comités Locales de Administración Compartida, hacen susceptible la mejora de la calidad de los servicios prestados; pero ello exige un entendimiento por parte de la Gerencia y de los Representantes de la comunidad ante el CLAS, de la necesidad de incorporar en la planificación de los servicios, elementos relacionados a la Gestión de la Calidad, que incluya una orientación hacia el usuario externo, pero teniendo en cuenta de manera explícita al personal que participa en la prestación del servicio.
2. El desarrollo de una adecuada relación entre los agentes involucrados en la gestión y funcionamiento de los CLAS, plantea la necesidad de generar especiales competencias, tanto en el personal de salud como en los miembros de la comunidad; a lo que podría sumarse una progresiva incorporación o mayor aproximación a las autoridades locales, organizaciones no gubernamentales, instituciones promotoras laicas o religiosas, que conjuntamente con los representantes de las organizaciones de base, pudieran consolidar la maduración de la experiencia desplegada.
3. La ausencia de un incentivo institucional en los establecimientos CLAS, relacionado a la percepción por parte de los profesionales, de encontrarse en una situación temporal o de no estar desarrollando una carrera profesional, podría influir en el desempeño laboral, haciendo recomendable su incorporación dentro de un marco normativo más adecuado.



## **VII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- (1) Vera, J. El Programa de administración compartida: alcances y evaluación. En UNICEF- Grupo Propuesta. Participación ciudadana y Gestión local. Lima, 1995.
- (2) RENOM, Dirección Subregional de Salud IV "Sistemas locales de Salud". Proyecto binacional Perú Holanda, APRISABAC.
- (3) "Comités de Salud son un ejemplo mundial". En El Peruano 6, 27 de Setiembre de 2001.
- (4) Cortéz R. Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS. Universidad del Pacífico, Centro de Investigación. Lima Mayo 2001.
- (5) Mendoza, P. Lo Público y lo Privado en la modernización de la Gestión Sanitaria. Conceptos y experiencia internacional. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM 56(1) 1995.
- (6) Ministerio de Salud. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Dirección General de Salud del las Personas. Lima 2001.
- (7) Taylor E. Evaluación de los CLAS (Comités locales de Administración Compartida). Un nuevo componente de la reforma del sector salud en el Perú. 1996.
- (8) Cuanto S. A, Banco Mundial. Encuesta Nacional de Niveles de Vida 1997. Lima 1998.
- (9) Ministerio de Salud. Programa de administración de acuerdos de gestión: Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud de primer nivel de atención 1997.
- (10) Cassels, A. Health Sector Reform: Key Issues in less developed Countries. John Wiley and sons Ltd. UK 1995.
- (11) Howden-Chapman, P. Blood ties: Accountability for blood quality in New Zeland. Elsevier Science Ireland. 1994.
- (12) Altobelli, L. Programa de Administración compartida y comités locales de administración de salud en Perú. Informe de caso. IESE y Banco Mundial. Mayo 2000.
- (13) Ministerio de la Presidencia. Construyendo el Consenso Descentralista desde los Gobiernos Locales. Secretaría Técnica para el proceso de descentralización. Lima 2002.
- (14) Ministerio de la Presidencia. Descentralización en el Perú. Propuestas para una Reforma Descentralista 2001 – 2021. Secretaría Técnica para el proceso de descentralización. Lima 2002.
- (15) Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de uso y satisfacción de usuarios de servicios de salud. ENUPESS PSBPT-MINSA. 1996.
- (16) Kade, M. Pedroza, J. Medición de la Satisfacción del Usuario. Documento Técnico. Proyecto Mejora de Servicios de Salud. MINSA-GTZ. Lima 2001.

- (17) Llanos, F. Satisfacción del usuario en consulta externa, emergencia y hospitalización y clima organizacional en tres hospitales en Trujillo y Arequipa". MINSA-Proyecto 2000. Agosto del 2001.
- (18) Ministerio de Salud. Construcción de Estándares e Indicadores de Calidad. PSNB-URC. Lima Mayo 2000.
- (19) Ministerio de Salud. Reforma del Sector Salud. Seminario Internacional. Lima 1997.
- (20) Campbell, SM. Roland, MO. Buetow, SA. Defining quality of care. Social Science Medicine 51. 2000.
- (21) Maxwell, RJ. Quality assessment in health. British Medical Journal. Volume 288. 1984.
- (22) Toffler, A. La Tercera Ola. Tercera Edición. Plaza y Janes Editores S.A. España 1994.
- (23) Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002 – 2012. Lima 2002.
- (24) Donabedian, A. La Calidad de la Atención Médica. Definición y Métodos de Evaluación. Ed. Científicas. La Prensa Médica Mexicana 1980.
- (25) Dirección de Salud del Callao. Programa de Gestión de la calidad 2002.
- (26) Toffler, A. La Empresa Flexible. Plaza y Janes Editores S.A. Barcelona 1985.
- (27) Ministerio de Salud. Normas para la aplicación del Decreto Supremo N° 01-94-SA.
- (28) Ministerio de Salud. "Así funciona y se organiza la Asociación CLAS". PAAG. SBPT-AC. Setiembre 2000.