

2. MARCO CONCEPTUAL DE LA REVISIÓN DEL MODELO DE COGESTIÓN: Aspectos Gerenciales de la Atención de Salud

Nicolás Velarde Gonzales

Consultor en Gestión de Servicios de Salud

2.1 INTRODUCCIÓN

La introducción de cambios en las prácticas habituales de financiamiento, gestión y operación de los servicios públicos ha sido un tema habitual de la gestión pública en los últimos 10 años como parte del proceso de reforma en que se ve inmerso el estado peruano. Respecto al sector salud, ha sido dicho que los países que enfrentan restricciones de recursos tienen el reto de desarrollar una infraestructura de salud sostenible que provea atención de salud (WHO 1996). En estas circunstancias se está abierto a nuevas soluciones y nuevas formas de pensamiento y se dan oportunidades para la innovación y el replanteamiento de las viejas asunciones acerca de la gestión y la organización de los sistemas de salud.

Luego de una expansión lenta del modelo de cogestión de las hoy denominadas Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS) durante los últimos siete años, se ha vuelto imperante someter tal modelo a revisión a fin de establecer la conveniencia de introducir ajustes o complementos a lo actualmente existente a fin de fortalecer los aspectos identificados como débiles en el modelo y potenciar su articulación con otras iniciativas de reforma.

Tal tarea requiere la definición inicial del marco conceptual ante el cual el modelo vigente será contrastado. Es acertado señalar que el Ministerio de Salud no posee otro marco de referencia para definir la gestión de sus servicios que el contenido en las normas y reglamentos vigentes y en diversos documentos de capacitación dispersos y de circulación restringida que abordan el tema de la gestión de los servicios de manera incompleta y que hacen improbable la existencia de una visión integral de la misma. Construir una visión inicial de la gestión de los servicios se convierte pues en una necesidad para la revisión del modelo de cogestión y en una oportunidad para replantear definiciones a ser usadas en adelante.

El presente documento está orientado a proporcionar el marco de referencia para el análisis crítico del modelo de cogestión de los servicios del Ministerio de Salud. Las consideraciones y definiciones solo tendrán este alcance institucional. Otros servicios de salud del sector público, como lo son los pertenecientes al Seguro Social del Perú y a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, están excluidos de las definiciones establecidas en este documento.

En un primer momento serán precisados un conjunto de aspectos relativos a la provisión de servicios y actividades intermedias que los acompañan para luego, en un segundo tiempo, definir

qué aspectos comprenderá la cogestión de servicios. Finalmente, se establecerán las diferentes formas bajo las cuales la comunidad puede participar en los mismos.

2.2 QUÉ SE ENTIENDE POR ATENCIÓN DE SALUD

La definición inicial de las actividades de salud y las operaciones que el Ministerio de Salud financia y sostiene se planteará dando respuesta a un conjunto de preguntas detrás de las cuales hay necesidad de cierta re-definición de conceptos. Las preguntas a ser contestadas son:

- ♦ ¿Qué cosa se entenderá por atención de salud y por prestación o provisión de servicios de salud?
- ♦ ¿Qué actividades comprende la atención de la salud?
- ♦ ¿Qué unidades prestadoras están involucradas en la ejecución de actividades de atención de salud?

Para construir la respuesta a tales preguntas se presentarán en primer lugar el conjunto de evidencias, referencias o convenciones a ser usadas. A continuación se construirá una definición tomando con base la forma como tales aspectos deberían ser incorporados al modelo de atención, para finalmente presentar la forma como actualmente esos aspectos se están dando en los ámbitos bajo el alcance administrativo del Ministerio de Salud.

2.2.1 Atención de la Salud y Provisión de Servicios de Salud

El estado de salud de una población no depende principalmente de los servicios de salud. El número de médicos y de hospitales en una región o la disponibilidad de nuevos conocimientos, medicinas u otras tecnologías no explican por sí solos las diferencias en mortalidad entre los países ni se asocian necesariamente al nivel de salud que tiene una población (Abel-Smith 1994). En la actualidad se acepta, con base tanto en análisis históricos como en estudios comparativos entre países desarrollados y subdesarrollados, que gran parte de las mejoras en los indicadores de salud pueden ser explicadas en términos de mejoras en las condiciones de vida, particularmente en ciertos aspectos que, en conjunto, son referidos en la literatura como los "determinantes de la salud" (ver cuadro N° 1).

Cuadro N° 2: Algunos Determinantes de la Salud Identificados en la Literatura

- Disponibilidad de agua segura y saneamiento
- Nutrición
- Ingreso económico (particularmente equidad en el ingreso) y precio de los alimentos
- Alfabetización y grado de educación de las mujeres, particularmente las madres.
- Contaminación ambiental- Actividad física
- Prioridad dada a la participación comunitaria
- Nivel de desarrollo de servicios de salud rurales

El mejoramiento de las condiciones de vida es reconocido en la actualidad como la principal explicación de la reducción de la mortalidad general en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX en la mayoría de países desarrollados, especialmente la mortalidad asociada a enfermedades infecto-contagiosas. Sin embargo es necesario resaltar además que, una vez alcanzada esta primera reducción en la mortalidad, los beneficios del crecimiento económico ya no implican necesariamente mejoras en el estado de salud de una población. El crecimiento económico puede, además de condicionar la existencia de factores favorables, dar lugar a la aparición de factores perjudiciales: consumo de alcohol y tabaco, uso excesivo de drogas, contaminación ambiental, accidentes de tránsito, reducción de la actividad física y cambios en la dieta (mayor consumo de azúcar, grasas animales y disminución en el consumo de vegetales, entre otros). Los cambios en los perfiles demográficos y la aparición de las enfermedades crónico-degenerativas como problema de salud acentúan esta tendencia.

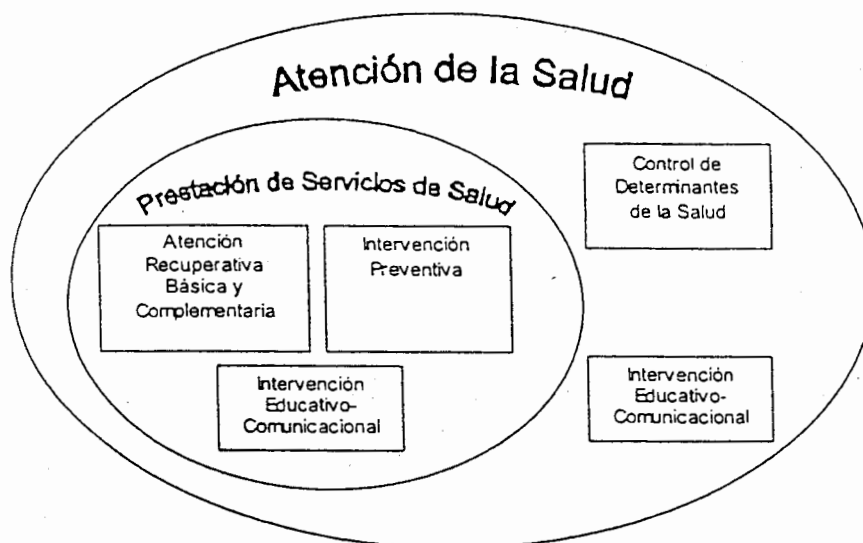
El abordaje de los determinantes de salud como parte de la atención de salud no es un tema nuevo. La definición de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en 1978 considera que además de la provisión de servicios básicos de salud es requerido el manejo de algunos condicionantes de la salud a través de la acción intersectorial. De lo anterior se desprende la necesidad de reafirmar que hay aspectos relacionados a la salud que requieren cierto nivel de manejo por el Ministerio de Salud a fin de asegurar un control integral de los principales daños o prioridades de salud definidos para el sector. Es acertado asumir que existirán algunas acciones que por su naturaleza y los actores involucrados, tendrán un planeamiento y manejo que se corresponden con la capacidad de intervención propias de las instancias central y regionales y existirán otras cuyo planeamiento y manejo será más efectivos y eficientes en los niveles locales. Corresponde al Ministerio de Salud definir a través de sus políticas, estrategias y procedimientos de operación cuales serán aquellas a ser realizadas a través del personal de sus establecimientos de salud.

Finalmente, es conveniente mencionar que hoy en día, la disponibilidad de nuevos desarrollos tecnológicos en la medicina, tanto recuperativa como preventiva, y que han llevado a la identificación de un conjunto específico de intervenciones que son efectivas y poco costosas (no disponibles un siglo atrás), ha servido para re-ponderar el papel de los programas de salud y, en general, de la provisión de servicios.

Sustentado el concepto que parte de las actividades del personal de salud son las acciones relacionadas al manejo local de los determinantes de la salud, resulta conveniente establecer dos definiciones iniciales: la atención de la salud y la provisión de servicios de salud (Gráfico N° 2). En adelante y para lo fines de este documento, la "*provisión de servicios de salud*" se referirá a todas las acciones hacia los individuos y sus familias emprendidas principalmente por el personal concentrado en los establecimientos de salud y por extensión a otros prestadores que las ejecuten. Por su parte, la "*atención de la salud*" incluirá la anterior y el control de los determinantes de salud.

El desarrollo de los servicios de salud en los últimos diez años se ha basado principalmente en el énfasis dado a la ejecución de un conjunto de atenciones recuperativas e intervenciones preventivas manejadas de manera centralizada a través de los programas nacionales de salud. Las mejoras en la atención recuperativa y la provisión de intervenciones educativo-comunicacionales no comprendidas por los programas de salud han sido menos evidentes. El ejercicio del control local de los determinantes de la salud ha sido quizás lo menos desarrollado en la atención de salud provista por el Ministerio de Salud.

Gráfico Nº 2: Relación entre la Provisión de Servicios de Salud



La evaluación de la idoneidad de un modelo de gestión de la atención de salud debe considerar no solo lo relativo a la provisión de servicios, sino también incluir los aspectos concernientes al control de los determinantes de salud a nivel local.

Un desarrollo insuficiente de estos aspectos en un modelo de cogestión podrían sugerir que la incorporación de la comunidad a la toma de decisiones no ha sido capaz de enriquecer el espectro de provisión de servicios brindados por el personal de salud

2.2.2 Las Actividades comprendidas en la Atención de Salud

Una revisión de las actividades comprendidas en la atención de salud permite identificar no solamente aquellas para las cuales se establecen metas en los planes operativos, sino además aquellas actividades que dan soporte o complementan a las anteriores. Sin embargo para fines del presente documento, toda aquella actividad en la que está involucrado de manera directa el objeto de la atención de salud (sea un individuo o una situación sobre la cual se desea intervenir) será referida como "*actividad de atención de salud*" en tanto que el resto será referida como "*actividad de soporte a la atención de salud*".

Tradicionalmente, las actividades de atención de salud realizadas desde los establecimientos de salud suelen ser identificadas a partir de dos grandes conjuntos: "actividades de salud individual" y "actividades de salud colectiva". Tal clasificación suele ser criticada por carecer de límites del todo definidos. En su reemplazo, y con el fin de poder hacer una aproximación holística al conjunto de actividades comprendidas en la atención de salud, se partirá por establecer cuáles

son, en general, las funciones que se desarrollan en los servicios de salud (ver cuadro N° 2) para a partir de ella identificar las actividades que ellas comprenden:

Cuadro N° 3: Funciones Generales de los Servicios de Salud

- (a) Atención de problemas de salud agudos o crónicos demandados por la población.
- (b) Control de los daños y riesgos de mayor prevalencia o prioridad para los niveles central, regional y local.
- (c) Manejo de las urgencias y emergencias individuales y colectivas.
- (d) Promoción y provisión de soporte técnico al control local de los determinantes de salud.

- (a) *Atención de problemas de salud agudos o crónicos demandados por la población.* - Esta es la función más fácil de identificar en los servicios de salud pues se corresponde con la experiencia que la mayoría de las personas ha acumulado con respecto a los servicios de salud. A esta función corresponden el conjunto de actividades que realizadas de manera ambulatoria o a pacientes en estancia tienen como característica principal el ser demandadas por los usuarios o a través de terceros que los conducen o los envían a un establecimiento de salud. Por extensión incluyen otras atenciones hechas en pacientes internados. Tal es el caso de las actividades de atención clínica, los procedimientos diagnósticos de laboratorio e imágenes, las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Adicionalmente es posible identificar un conjunto de actividades que dan soporte o complementan a las primeras. Finalmente existen actividades ejecutadas como parte de un conjunto de sistemas de apoyo a la atención de salud.
- (b) *Control de los daños y riesgos de mayor prevalencia o prioridad para los niveles central, regional y local.* - A este rubro pertenecen el conjunto de intervenciones de protección, descarte de riesgos o enfermedades y tratamiento que tienen como principal demandante al estado, aún cuando se diera el caso que fueran demandadas por los usuarios. Su ejecución responde a la implementación de estrategias para la reducción o control de un problema de salud de prioridad para el nivel central, regional o local. Dentro de este grupo pueden identificarse el grupo de actividades identificadas como intervenciones preventivas primarias manejadas por los programas nacionales de salud: descartes clínicos y de laboratorio, provisión de tratamientos profilácticos y de paquetes de consejería y educación en temas de salud y, finalmente, las actividades de inspección y control en la vivienda o el ambiente de trabajo. También forman parte de este grupo las actividades realizadas como parte de campañas o planes de educación para la salud o de promoción de los servicios brindados en los establecimientos de salud. Cabe mencionar que algunas actividades realizadas como parte de esta función se corresponden también con las mencionadas en el rubro anterior.
- (c) *Manejo de las urgencias y emergencias individuales y colectivas.* - Un tercer grupo de actividades responden al manejo de situaciones que representan riesgo inmediato para la vida. La atención de las emergencias individuales y situaciones como los accidentes y desastres se produce a través de actividades similares a las que corresponden a la

atención de problemas agudos pero que se diferencian por el tipo de procedimientos, tecnologías y destrezas requeridas. Los procedimientos que forman parte de los sistemas de apoyo a la atención, especialmente los de referencia y los de telemedicina, adquieren particular importancia en este grupo.

- (d) *Promoción y provisión de soporte técnico al control local de los determinantes de salud.*— Un último grupo de actividades relacionadas al control local de los determinantes de salud pueden ser identificadas. Las actividades ejecutadas por el personal de salud a este nivel pueden ser referidas en términos de asistencia técnica o apoyo con recursos para el planeamiento, evaluación o ejecución de proyectos o programas generados en el nivel local y de apoyo al desarrollo de redes sociales basadas en los servicios prestados por organizaciones comunales e instituciones locales.

El gráfico N° 3 facilita una visión global del espectro de las actividades de atención de salud. Tal como es representado, el espectro de actividades, en general, es bastante amplio y algunas de ellas corresponden a más de una de las cuatro funciones mencionadas. Identificados los grupos de actividades a ser ejecutadas, es posible tener una idea de cuán simples o complejas serán las acciones de gestión requeridas para disponer de los recursos asignados a un ámbito de salud de manera que las hagan posible.

Una forma de evaluar la importancia real de la toma de decisiones por los miembros de la comunidad en un modelo de cogestión puede considerar la forma como se informan respecto al espectro de actividades de atención de salud que producen los servicios y del tipo de decisiones que toman a partir de dicha información.

2.3 PERFILES DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

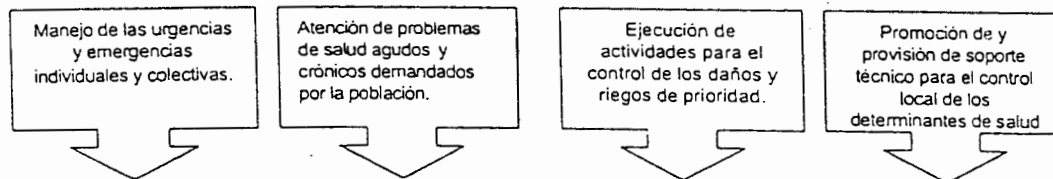
2.3.1 Grados de Complejidad de las Actividades Desarrolladas por los Establecimientos y Perfiles de Gestión

El listado de las actividades referidas en el gráfico N° 3 se ejecuta de manera variada en los establecimientos de salud, dependiendo del tipo de infraestructura, equipamiento y recursos humanos que posean, pero fundamentalmente debido al grado de especialización del personal y al grado de complejidad de las tecnologías disponibles. En términos generales es comúnmente aceptado la estratificación de la atención de salud alrededor de dos grandes niveles: "nivel de atención primaria" y el "nivel de atención hospitalario".

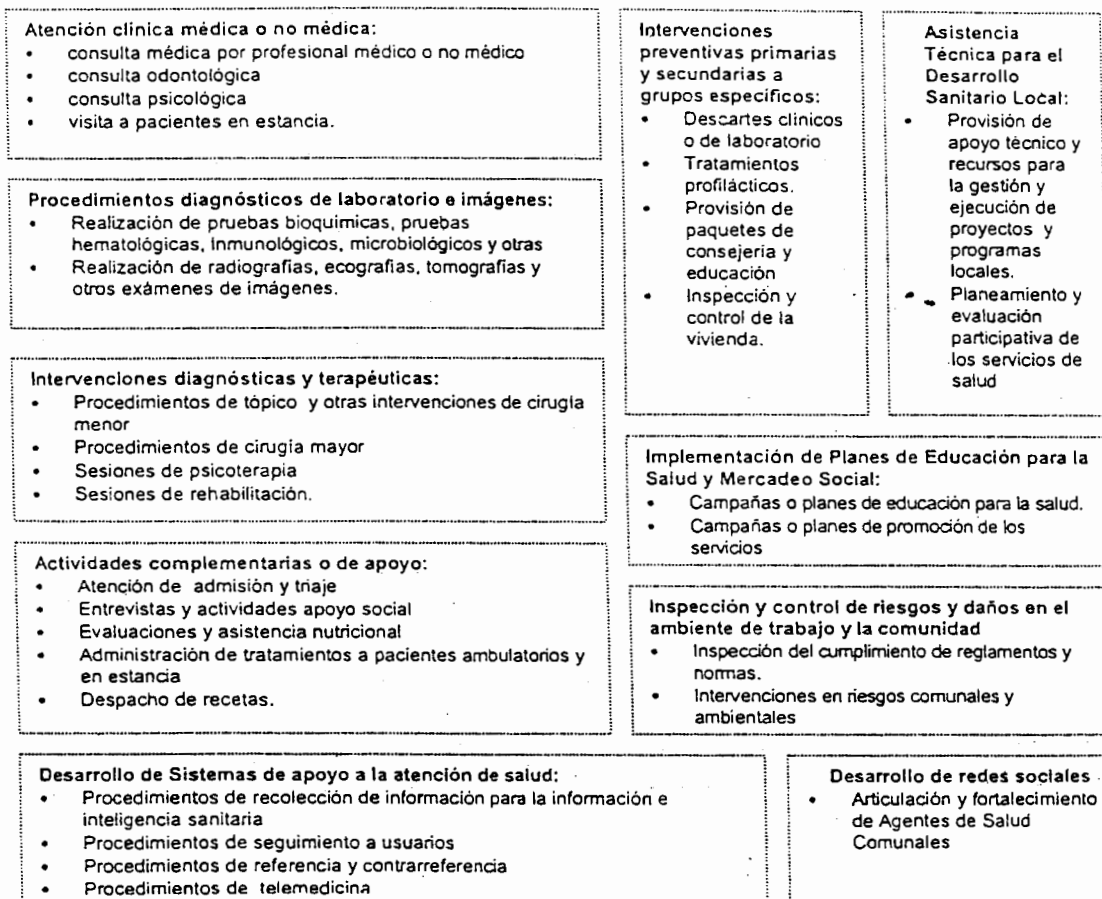
Esta diferenciación tiene sus orígenes en: (a) la importancia que fue cobrando la práctica médica individual como instancia de la atención de salud alternativa a la atención de salud brindada en los hospitales; (b) el posterior surgimiento y expansión de un tipo de establecimientos de baja complejidad como estrategia para incrementar el acceso a los servicios de salud en comunidades alejadas a las principales ciudades desde mediados de la década de los 1960s; y (b) la definición en 1978 de la atención primaria de salud como el tipo de atención que los estados debían procurar para sus poblaciones (OMS 1991).

Gráfico N° 3: Actividades Comprendidas en la Atención de Salud

FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Actividades Resultantes:



La necesidad de organizar la distribución de los trabajadores de salud con mayor nivel de especialización y los equipos de tecnologías más complejas, de justificar el crecimiento de algunos establecimientos y de discriminar las capacidades resolutivas entre los diferentes establecimientos, dio lugar a la aparición de una serie de tipos de establecimientos de salud. Actualmente, existen en el Perú establecimientos con las más variadas denominaciones, algunas de las cuales no están comprendidas en la normatividad vigente.

Aunque aún se encuentra en discusión dentro del Ministerio de Salud la forma final que tomará la tipificación de los establecimientos de salud, es posible ensayar, para fines de poder clarificar los temas en los que estará enfocada la toma de decisiones compartidas con la población para cada grado de complejidad que asumen los servicios (ver tabla N° 4), una tipificación con cierta correspondencia a las categorías actuales basados en la asignación de un ámbito para la ejecución de intervenciones primarias, el tipo de profesional médico y la tecnología médica usada y la asignación de un ámbito geográfico para la ejecución de intervenciones primarias.

Tabla N° 4: Tipificación de los Establecimientos de Salud

Tipo Establecimiento	Establecimientos Comprendidos	Principales características		
		Ámbito	Personal Médico	Infraestructura y Equipamiento
Establecimientos periféricos	Puestos de Salud, Centros de Salud y Centros de Salud Materno-Infantiles	SI	Médico general y/o profesional no médico en presente o con presencia periódica en el establecimiento.	Puede tener internamiento. Infraestructura básica y equipamiento esencial o con tecnologías de bajo costo.
Hospital Auxiliar	Hospitales materno-infantiles. Hospitales de Apoyo.	SI	Médicos generales o especialistas de las 4 disciplinas básicas: medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia y cirugía general.	Internamiento. Equipamiento para procedimientos habituales de especialidades generales.
Hospital de Referencia Regional	Hospitales regionales. Algunos Hospitales Nacionales	NO	Médicos especialistas más de 6 tipos de disciplinas	Internamiento. Equipamiento para procedimientos de diagnóstico y tratamientos acorde con las especialidades médicas.
Hospital Especializado	Algunos Hospitales Nacionales. Institutos Especializados	NO	Médicos y personal no médico altamente especializado.	Equipamiento con el mayor desarrollo tecnológico para métodos de diagnóstico y tratamiento sofisticado.

La diferenciación de los establecimientos es particularmente útil porque los espacios de gestión de la atención de salud están definidos en función a la infraestructura sanitaria disponible. La subsiguiente diferenciación del grado de complejidad que alcanza cada una de las actividades de salud antes identificadas en los mismos permite, por tanto, hacer una aproximación mayor a los aspectos en los que la toma de decisiones compartidas con la sociedad debe enfocarse (ver tabla N° 5).

Tabla N° 5: Grado de Complejidad de las Actividades de Salud según tipo de Establecimiento

Actividad de Salud	Establecimiento Periférico	Hospital Auxiliar	Hospital de Referencia Regional	Hospital Especializado
Atención Clínica Médica o no Médica	+	++	+++	+++
Procedimientos diagnósticos de laboratorio e imágenes	+	++	++ / +++	+++
Intervenciones diagnósticas y terapéuticas	+	++	+++	+++
Actividades complementarias o de apoyo	+++	+++	+++	+++
Sistemas de apoyo a la atención de salud	+++	++	+	+
Intervenciones preventivas primarias y secundarias	+++	+++	++	
Asistencia Técnica para el Desarrollo Local	+++	++		
Implementación de planes de Educación para la Salud y Mercadeo Social	+++	++	+	+
Desarrollo de redes sociales	+++	++	+	+

+ = Nivel esencial de complejidad y desarrollo
 ++ = Nivel intermedio de complejidad y desarrollo
 +++ = Mayor nivel de complejidad y desarrollo

La definición precisa del conjunto de actividades comprendidas en cada categoría de establecimiento le corresponde a la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud como parte del proceso de definición del modelo de atención de salud. Aunque ciertos contenidos de la tipificación presentada puede ser discutibles, ella permite identificar 3 grupos conjuntos de perfiles en la gestión de la atención de salud (Tabla N° 6):

- a) *Gestión Local de la Atención Primaria.* – La gestión local de la atención de salud, que abarca a los establecimientos periféricos aborda no solamente la ejecución de actividades correspondientes a la atención médica básica, sino que además abarca las correspondientes a las funciones de control local de enfermedades y control de los determinantes de salud, las mismas a las que les corresponde el mayor nivel de desarrollo en comparación con los otros tipos de establecimientos. Este tipo de gestión es la que corresponde a los Centros y Puestos de Salud.
- b) *Gestión de Apoyo de la Atención Primaria.*– Las intervenciones preventivas y las actividades de control de determinantes de salud siguen siendo considerables aunque en menor grado que las anteriores. Por otro lado, la atención médica comienza a hacerse más compleja. A este tipo de gestión corresponden los hospitales auxiliares.

- c) *Gestión de la Atención Especializada.* – En los cuales la atención médica y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos son altamente complejos con un mínimo desarrollo de otro tipo de actividades. A esta categoría pertenecen los hospitales de referencia regional y los institutos especializados.

Tabla N° 6: Perfiles de la Gestión de la Atención de Salud según Complejidad del Establecimiento Involucrado

Categoría de Gestión	Tipo de Establecimientos Involucrados	Caracterización del perfil
Gestión Local o de la Atención Primaria	Establecimiento periférico	Enfocada a las actividades de las cuatro funciones de los servicios de salud. El dominio territorial ejercido a través del control de problemas de salud y el control de los determinantes de salud recibe un énfasis mayor que en las otras categorías.
Gestión de Apoyo de la Atención Primaria	Hospital auxiliar	Enfocada a las actividades de las cuatro funciones de los servicios de salud. El dominio territorial todavía sigue siendo un aspecto importante. El soporte para las actividades de atención médica a los establecimientos de menor categoría y la conexión establecimientos de mayor categoría recibe mayor énfasis
Gestión de la Atención Especializada	Hospital de referencia y hospital especializado	Enfocada principalmente a la función de atención de problemas agudos y crónicos de alta complejidad. No ejerce dominio territorial.

La definición de los tres perfiles de gestión podría ser un aspecto a ser tomado en cuenta en la definición del modelo de cogestión. En cada caso, algunos elementos como, por ejemplo, los tópicos entre los cuales hay que distribuir los recursos asignados, los aspectos a ser observados como parte del control de la ejecución de actividades, los contenidos en los acuerdos de gestión y en los planes operativos, los indicadores a ser usado para medir el desempeño de la cogestión, el perfil de competencia requerido para tales desempeños, variarían para cada perfil de gestión.

2.3.2 Organización de la Gestión de la Atención en establecimientos periféricos

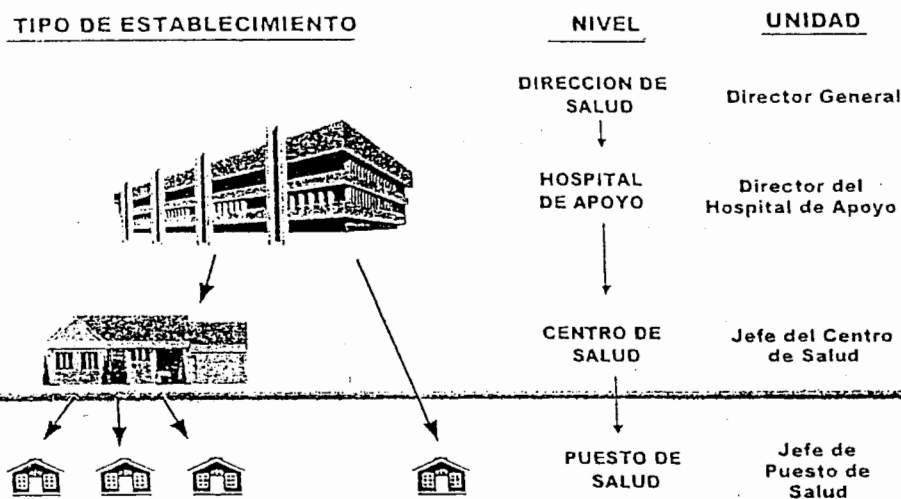
La organización de la gestión de la atención se encuentra actualmente en proceso de revisión. Algunos aspectos se encuentran definidos, aunque de manera incompleta y sin mayor detalle en el documento "El Nuevo Modelo de Atención".

En el último decenio, la gestión de la prestación de servicios a través de establecimientos periféricos se ha desarrollado con base a la categoría de los establecimientos involucrados. Una relación jerárquica se ha establecido entre el Director General de Salud (a nivel de la Dirección de Salud regional), el Director Ejecutivo del área provincial (denominada Unidad Territorial de Salud, Zona de Desarrollo Integral de Salud, Servicios Básicos de Salud, Unidad Básica de Salud o Área

Integrada de Servicios de Salud, dependiendo a la denominación propia de la región de salud) quien es al mismo tiempo el Director del Hospital de Apoyo, el Jefe del Centro de Salud y el Jefe del Puesto de Salud (al como se muestra en la gráfico N° 4).

En general proceso de planeamiento y de toma de decisiones se hacía a nivel de las Direcciones Ejecutivas en las áreas provinciales (y en algunos casos se ha limitado a las Direcciones Generales) de acuerdos a metas ya predeterminadas en el Nivel Central. Los sistemas de soporte administrativos han funcionado a nivel del Hospital de Apoyo y desde allí se han ejecutado todas las actividades propias de la gestión ya mencionadas.

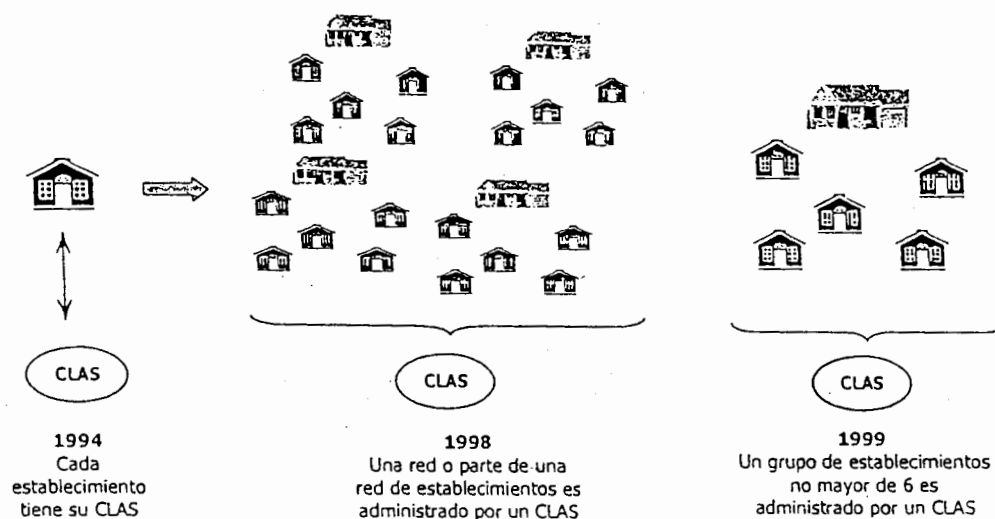
Gráfico N° 4: Organización de la Gestión de la Atención a través de Establecimientos Periféricos



Este esquema de organización se modificó a partir de 1994 con la incorporación de los primeros establecimientos al programa de administración compartida. El manejo directo de sus recursos asignados dio lugar a que estos establecimientos comenzaran a desarrollar actividades propias de la gestión de servicios, antes a cargo del hospital de apoyo.

La flexibilidad que el marco normativo de la administración compartida confería a los establecimientos incorporados para el manejo de sus recursos; fue aprovechada para organizar las primeras redes de servicios en 1998. La reducción de los costos administrativos mediante la centralización de las actividades de gestión fue otro argumento usado en la conformación de redes bajo administración compartida. Sin embargo, se presentaron importantes observaciones debido a la reducción de la participación comunitaria y a la magnitud de los problemas ocasionados por deficiencias en los sistemas gerenciales. Finalmente, un modelo de agrupación de no más de 6 establecimientos fue elegida como el modelo de implementación de los CLAS a partir de 1999 (ver gráfico N° 5).

Gráfico N° 5: Organización de la Gestión de la Atención a Través de Establecimientos Periféricos



El nuevo modelo de atención (MINSA 2000) propone la organización de la prestación de los servicios de salud en dos niveles:

- (a) *La Micro Red.*- Es definida como el conjunto de establecimientos articulados funcionalmente, según criterios de accesibilidad y ámbito geográfico, de tal manera que se facilita las relaciones entre la población y el establecimiento de salud o entre establecimientos, debido a que presenta facilidad para la comunicación y transporte dentro de su territorio. El criterio propuesto es que el 70% de la población accede, por el medio usualmente utilizado, dentro de tiempos razonables.
- (b) *La Red,* definida como la agregación de Micro Redes, constituye el conjunto de establecimientos y servicios de salud, de diferentes niveles de complejidad y capacidad de resolución, relacionados entre si por una red vial y corredores sociales, articulados funcional y administrativamente, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de la población.

2.4 GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y COGESTION

Habiendo sido definidas las actividades que comprenden la atención de salud, y habiéndose reconocida que ellas pueden estructurarse en tres conjuntos con perfiles de gestión diferente, el siguiente paso es definir a que se denominará gestión de servicios y que será entendido por "cogestión" de servicios. Para un conjunto de objetivos y metas establecidos, y dados los recursos necesarios para alcanzarlas, la "gestión de servicios de salud" comprenderá todas las acciones que, en conjunto, generan y mantienen las condiciones necesarias para la ejecución de las actividades de atención de salud. Por tanto, es posible reconocer que el personal que trabaja en los establecimientos de salud, dependiendo del caso, tendrá a su cargo la ejecución una o dos tipos de

actividades: (a) las actividades de atención de salud; y (b) las actividades propias de la gestión de servicios de salud.

2.4.1 Actividades Propias de la Gestión

En la actualidad, los aspectos de gestión de servicios de salud del Ministerio se encuentran definidos en parte por la normatividad de la administración pública y en parte por los reglamentos de organización y funciones y sus respectivos manuales propios de cada dependencia de salud. Sin embargo, en los últimos años, se ha ido incrementando el conceso de que se hace necesario repensar la forma en que se conducen y desenvuelven las unidades de salud. Un primer alcance a estas nuevas definiciones es dada en el documento "El Nuevo Modelo de Atención" (Ministerio de Salud, 2000) en el que se presentan las características que tomaría la gestión de servicios que brindan los establecimientos del primer nivel del Ministerio de Salud. En dicho documento se propone la descentralización de la gestión de los servicios como un aspecto crítico para conseguir que los servicios respondan a las necesidades y expectativas de la población. Asimismo, se considera la necesidad de que las instancias regionales, las Direcciones de Salud, se concentren en las funciones de gobierno y promuevan la gestión por resultados de las unidades operativas, las que funcionarían bajo un régimen de autonomía regulada. Adicionalmente, se establece la participación ciudadana como una parte importante en la definición del modelo de gestión.

Aunque algunos de los conceptos vertidos en el documento aún se encuentran bajo revisión, no dejan de tener validez las siguientes definiciones que cuentan con un alto grado de consenso entre los equipos técnicos involucrados en el proceso de reforma institucional:

- ♦ La organización de los servicios de atención primaria del salud del Ministerio con base en un modelo de redes con dos niveles de complejidad: Microrred y Gerencia de Red. La primera se desarrollaría la gestión sanitaria básica y la segunda gestionaría los sistemas administrativos y brindaría soporte técnico a la prestación brindada por la primera. Ambas operarían de manera descentralizada y tendrían la responsabilidad de desarrollar el planeamiento de las actividades de salud para su ámbito de responsabilidad.
- ♦ El conformación de órganos de gobierno en ambas instancias como una instancia superior a los órganos de gestión asumiendo las veces de "directorio" y en los cuales se de la participación de la comunidad y de las autoridades locales.
- ♦ La introducción de los Compromisos o Acuerdos de Gestión como el instrumento que formaliza las relaciones y compromisos entre la Autoridad de salud Regional (Dirección de Salud) y la Gerencia de Red y por medio de la cual la primera gobierna la producción de servicios.

Finalmente, en "El Nuveo Modelo de Atención" se presentan nueve conjuntos de procesos que formarían parte de los sistemas operativos de la gestión de servicios. Ellos son presentados en la tabla N° 7.

Esta sistematización, sin embargo, no resulta útil para los fines de establecer de qué manera puede la población participar en la gestión de los servicios. Un re-agrupamiento de estas actividades es presentado en el gráfico N°6, en el que dichas actividades se organizan en tres grupos: (a) actividades relacionadas directamente al ciclo de gestión en las que el manejo de información y toma de decisiones sobre el uso de los recursos disponibles son las funciones principales; (b) actividades realizadas por los denominados "sistemas de soporte gerencial"

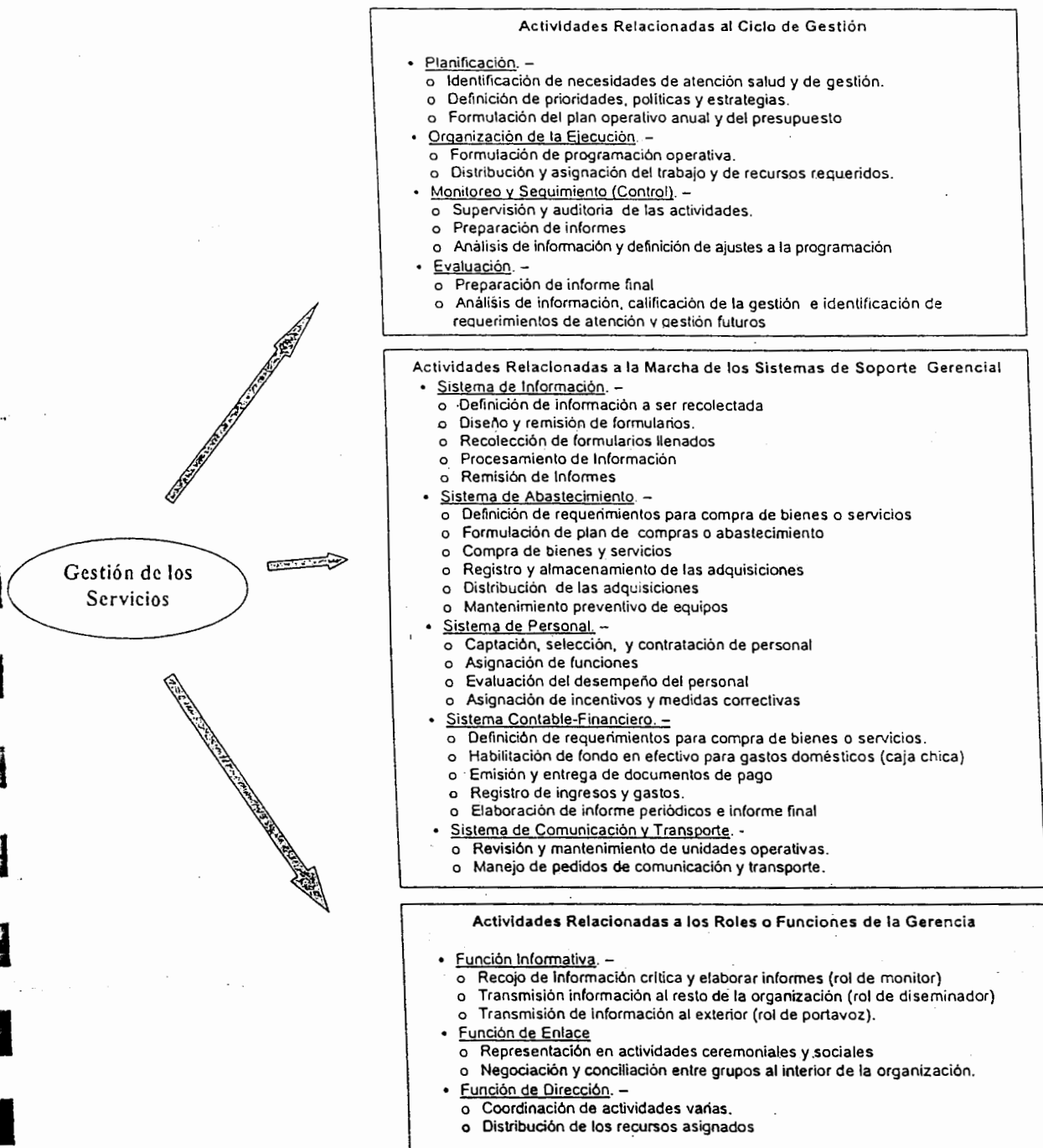
orientadas a asegurar la disposición oportuna de los insumos requeridos tanto para las actividades de atención como las propias de la gestión; y (c) un grupo final de actividades adicionales relacionadas a los roles de información, enlace y dirección que asume la gerencia.

Tabla N° 7: Sistemas administrativos y procesos involucrados definidos en el Modelo de Atención del Ministerio de Salud

Sistemas Administrativos	Procesos Involucrados
Sistema de Dirección	<ul style="list-style-type: none"> • Emisión de políticas • Regulación (emisión, actualización y difusión de normas). • Coordinación y comunicación gerencial • Toma de Decisiones
Sistema de Planificación	<ul style="list-style-type: none"> • Planificación estratégica. • Programación operativa.
Sistema Financiero	<ul style="list-style-type: none"> • Presupuesto. • Tesorería y caja. • Contabilidad.
Sistema Logístico	<ul style="list-style-type: none"> • Selección. • Adquisición, almacenamiento. • Distribución.
Sistema de Gestión de Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Selección de personal. Inducción. • Administración. Desarrollo de línea de carrera. • Desarrollo y capacitación. • Evaluación del desempeño. Estímulos y sanciones.
Sistema de Control y Gestión de la Calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Monitoreo. • Supervisión. • Evaluación. • Auditoría. • Gestión de la calidad.
Sistema de Información	<ul style="list-style-type: none"> • Registro y documentación. • Análisis y uso.
Sistema de Comunicación Interna	<ul style="list-style-type: none"> • Auditoría de comunicaciones. Medición del clima organizacional • Planificación • Validación y producción de materiales y eventos • Evaluación
Sistema de Gestión de la Promoción de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico • Planificación • Producción y validación de materiales • Monitoreo y evaluación

El primer grupo de actividades presentadas en el gráfico están relacionadas con el clásico ciclo de planeamiento-organización-control descrito por varios autores. Esta ha sido modificada para fines de representar la práctica actual de monitoreo de la producción de servicios que está mejor desarrollada en los establecimientos incorporados al Programa de Administración Compartida (Ministerio de Salud 1998). El segundo grupo de actividades es una aproximación a lo que convencionalmente se acepta como actividades constituyentes del funcionamiento de los sistemas administrativos. El tercer grupo, menos estructurado corresponde a las diferentes funciones que desarrolla la gerencia con el propósito de generar condiciones óptimas para el desarrollo de las actividades contempladas en los planes operativos.

Gráfico N° 6: Actividades Comprendidas en la Gestión de los Servicios



A partir del gráfico N° 6 es posible reconocer que participación tiene el personal de salud en la ejecución de cada una de ellas y bajo qué consideraciones es posible esperar la participación de la población en ellas (ver tabla N°8)

Tabla N° 8: Participación del Personal de Salud y Participación de la Población en la Ejecución de las Actividades Propias de la Gestión de Servicios en el Modelo de Atención del Ministerio de Salud

Grupo de Actividad de Gestión	Participación del Personal de Salud	Participación de la Población
Actividades Relacionadas al Ciclo de Gestión	Desarrolladas por miembros del Comité de Gestión del Establecimiento	La población puede participar a tomar decisiones (prioridades y políticas de operación de los servicios). Mientras el ejercicio de planificación y evaluación se vuelve más detallado y especializado, la participación de la población se vuelve menos funcional.
Actividades Relacionadas a la Marcha de los Sistemas de Soporte Gerencial	Desarrolladas principalmente por el personal no asistencial (personal administrativo)	Participación restringida a medida que las tareas requieren tiempo o requieren competencias específicas
Actividades Relacionadas a los Roles o Funciones de la Gerencia	Pertenecen principalmente al Gerente.	Nivel de participación muy restringido. Algunas pueden ser delegadas a otras personas, pero se corre el riesgo de reducir el impacto que pueda tener su ejecución. <u>Las funciones de comunicación exterior y de representación pueden ser compartidas con personas de la población.</u>

En términos generales, mientras más especializada se vuelve la actividad y mientras más detallada sea la información requerida, menores posibilidades de involucrar a varias personas y hacer más participativas las tareas podrá esperarse sin afectar la calidad de las mismas. Asimismo, conviene recordar que algunas tareas permiten niveles amplios de participación (la toma de decisiones generales) y para otras solo es posible la participación de un grupo restringido de personas con mayores niveles de competencia (sea el caso de un directorio o de un comité de gestión) a fin de que el desarrollo de las actividades sea funcional.

Respecto a las *actividades relacionadas al ciclo de gestión*, es posible involucrar a la población en la elaboración del diagnóstico de base o evaluación y en la discusión sobre las prioridades que recibirán los diferentes problemas al momento de competir por los recursos asignados. Es evidente que este ejercicio facilita que los servicios puedan responder a las necesidades y expectativas de la población. Sin embargo, llegado el momento de elaborar la planificación operativa, se indiscutible que el ejercicio deja de ser colectivo y pasa a convertirse en una actividad propia de un grupo pequeño o de apenas un par de personas. En estas circunstancias, conviene pensar en la participación en términos de un directorio o un consejo que da conformidad a las propuestas de planeamiento estratégico y operativo elaboradas por el grupo de gestión o el gerente. Por su parte, en la organización de la ejecución, la participación resulta optima cuando es requerida la coordinación para la inclusión de varios actores. Ya en la asignación y distribución del

trabajo, la participación es menos posible cuando se requiere el manejo de información muy detallada.

Respecto a las *actividades relacionadas a la marcha de los sistemas de soporte gerencial*, las actividades tienden a ser más operacionales. En algunos casos, puede ser requerido un nivel de competencias que no es posible esperar sin entrenamiento o capacitación previos. El valor agregado de la participación está en estos casos en la posibilidad de colaborar con trabajo voluntario, antes que con toma de decisiones. Bajo estas circunstancias, aunque la inclusión de miembros de la comunidad puede aportar ciertas ventajas, mientras más frecuente es la actividad, menos sostenible resulta. La participación se vuelve más utilitaria, adopta un esquema de colaboración y tanto las expectativas de carrera administrativa como las necesidades de reconocimiento o pago para quienes participan comienzan a presentarse como aspectos críticos para asegurar la persistencia de la participación.

Finalmente, las *actividades relacionadas a los roles o funciones de la gerencia*, están muy ligadas a la administración organizacional o manejo del clima organizacional y difícilmente pueden ser manejadas de manera corporativa. Algunas funciones como la comunicación exterior y la representación pueden ser delegadas o compartidas con otras personas en la medida que no requieran un manejo elaborado.

2.4.2 Cogestión y Participación Social en la Atención de Salud

Entonces, si no todas las actividades comprendidas en la gestión pueden tener un involucramiento colectivo, ¿qué aspectos deben tomarse en cuenta para evaluar y rediseñar la participación social en la atención de salud? ¿Qué relación tendrá la cogestión con otras formas de participación social?

A partir del marco conceptual sobre participación social del capítulo anterior, es posible diferenciar cuatro grandes roles en los que la sociedad, ya sea individualmente o a través de sus organizaciones o instituciones, puede participar en el desarrollo de programas sociales, y particularmente en la ejecución tanto de actividades de atención de salud (ver tabla N° 9):

- a) **Control Social.** – Por medio del cual las instituciones u órganos que desarrollan actividades de interés público son intervenidas por una contraparte de representación social o ciudadana que fiscaliza sus operaciones o interviene en respuesta a deficiencias o faltas en la atención esperada por los usuarios. Las funciones a través de las cuales se da el control social son: *la veeduría o chequeo* (pudiendo tomar la forma de aprobación o visación de procedimientos o la constatación de resultados) restringida a acciones específicas; *la aprobación de las rendiciones de cuentas*, en la cual la autoridad informa y sustenta los resultados de su gestión respecto al uso de los recursos que le fueran asignados y corresponde a la contraparte presentar o no observaciones a lo informado; *el reclamo colectivo o corporativo de denuncias o quejas*, en el cual la contraparte ciudadana reacciona ante situaciones que perjudican los derechos del usuario; y finalmente, la aplicación de sanciones o revocación de autoridades que puede darse como consecuencia de alguna de las anteriores.

- b) Manejo de Recursos. – A través del cual la contraparte que representa los intereses sociales o ciudadanos se involucra en asuntos del funcionamiento regular de los servicios y toma decisiones respecto al uso de los recursos o al curso de las acciones que son desarrolladas por las instituciones u órganos públicos. Al respecto, la contraparte social o ciudadana puede participar en la *definición de prioridades o políticas de prestación de servicios (función de asignación de recursos)*, definiendo los criterios principales o proporcionando el marco operativo con los cuales se formularán los planes estratégicos u operativos, en la *toma de decisiones del planeamiento y ejecución propias del ciclo de gestión (función de administrador)* o asumiendo la *ejecución de algunas tareas propias de los sistemas de soporte gerencial (función de operador)*. El rol de manejador de recursos, es el que corresponde a lo que pasaremos a denominar en adelante “cogestión de servicios”.
- c) Provisión de Servicios. – En el cual, los individuos u organizaciones locales integran las actividades que realizan regularmente o extraordinariamente a las actividades de atención de salud brindadas por los servicios de salud. A este grupo pertenecen las actividades desempeñadas tanto por los agentes de salud comunitarios y por las redes sociales que conformadas las diferentes organizaciones comunitarias como las que desempeñan las organizaciones no gubernamentales que por coordinación, acuerdo o convenio articulan sus servicios a los provistos por el Estado. En este rubro pueden considerarse los aspectos de la atención asistencial así como también lo relativo a la promoción de servicios.

Tabla N° 9: Roles y Funciones Desarrollados en la Participación Social

Rol de la Participación Social	Funciones Desarrolladas
Control Social	<ul style="list-style-type: none"> • Veeduría o chequeo de procedimientos o actos públicos • Aprobación de rendición de cuentas • Reclamo colectivo de denuncias o quejas • Aplicación de medidas correctivas o sanciones (revocatoria de autoridades)
Manejo de Recursos (Cogestión)	<ul style="list-style-type: none"> • Definición de prioridades o políticas de atención. • Toma de decisiones participativas como parte del ciclo de gestión • Apoyo en labores administrativas.
Provisión de Servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Prestación de servicios • Promoción de servicios
Financiamiento y Provisión de Insumos	<ul style="list-style-type: none"> • Contribución con infraestructura física y de medios • Contribución con insumo • Contribución con servicios y mano de obra no calificada • Contribución con recursos financieros

- d) **Financiamiento y Provisión de Insumos.** – Como parte de este rol, la sociedad, sea de manera colectiva, institucional o individual contribuye de manera extraordinaria con recursos o con servicios a lo ya asignado de manera regular por el Estado. Dentro de este grupo pueden mencionarse los aportes comunitarios de terrenos o de mano de obra no calificada para obras de infraestructura, las donaciones de recursos financieros o aportes de materiales y las contribuciones en servicios que otras instituciones brindan que no constituyen atenciones de salud.

Dado lo anterior, queda claro que la participación social estará referida a cualquiera de las funciones que forman parte de los cuatro roles señalados, en tanto que cogestión se referirá principalmente a las funciones relacionadas al manejo de los recursos públicos asignados. Las funciones de control social, que pueden tener implicancias en el desempeño de la gestión de los servicios, si bien serán tomadas en cuenta para fines del análisis del modelo, serán consideradas como otras formas de participación diferentes a la cogestión de servicios.

Una revisión integral del modelo de cogestión requerirá considerar no solo las definiciones y la forma como se han desarrollado las funciones del rol de manejo de recursos, sino también la forma como el modelo las articula con las pertenecientes a los roles de control social, provisión de servicios y financiamiento.

Con respecto a la cogestión, el análisis tendría en cuenta la definición de prioridades o políticas de atención y la toma de decisiones participativas (en el contexto de las actividades relacionadas al ciclo de gestión) y el apoyo en labores administrativas (en el contexto de las actividades propias de la marcha de los sistemas administrativos).

2.5 LOS PLANES OPERATIVOS Y LA TOMA DE DECISIONES EN LAS ACTIVIDADES DEL CICLO DE GESTION

2.5.1 Los Planes Operativos o Programas de Salud Local

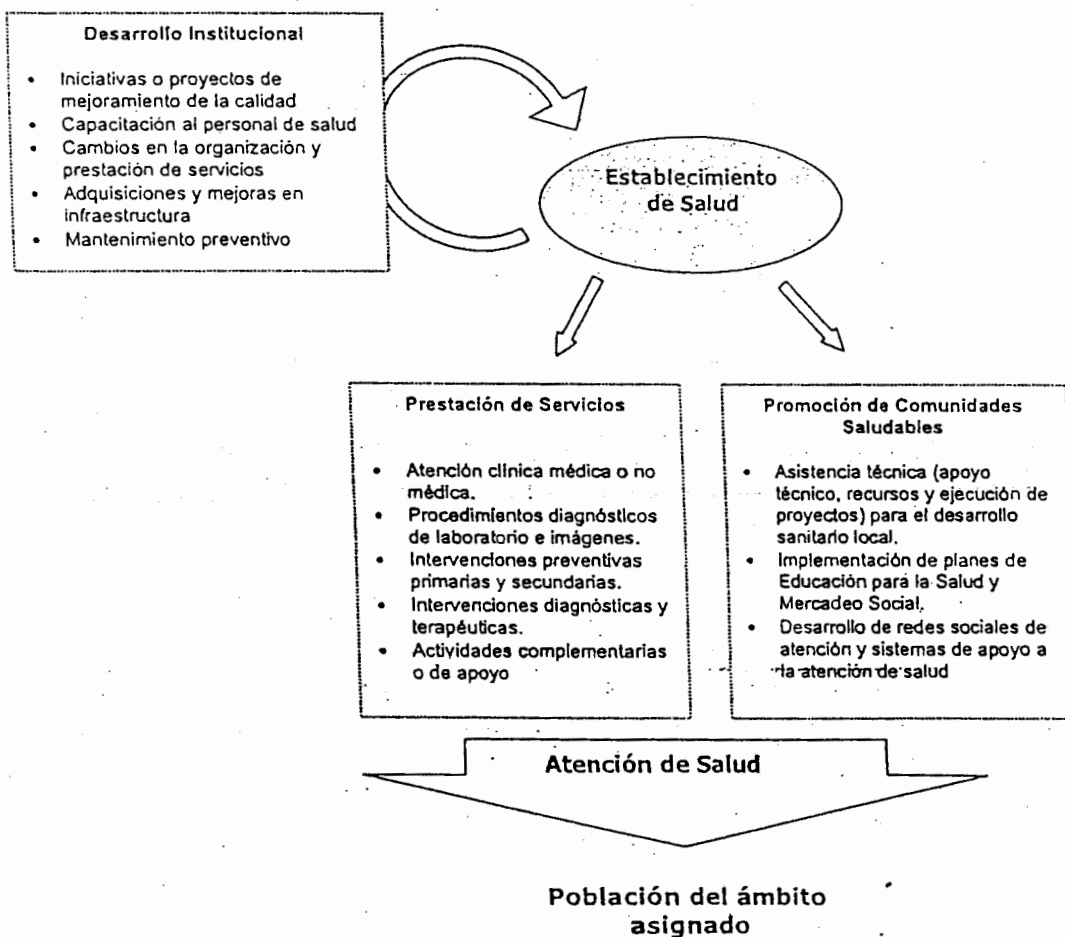
Las actividades relacionadas al ciclo de gestión se ejecutan teniendo como instrumento central el plan operativo, el mismo que enlaza los lineamientos contenidos en las prioridades, las políticas, los objetivos y estrategias definidos con los recursos humanos, materiales y económicos disponibles por medio de un conjunto de metas a ser alcanzadas y actividades a ser ejecutadas.

Estas metas a ser alcanzadas y las actividades a ser ejecutadas se refieren, como es de esperarse, a la atención de la salud. Con base a lo ya expuesto anteriormente, es posible agrupar las metas y actividades de atención de salud en dos grupos: (a) las concernientes a la prestación de servicios, y (b) las concernientes al control local de los determinantes de la salud. Las actividades de atención de salud ya mencionadas pasan entonces a organizarse en un componente de producción de servicios de salud o "prestación de servicios" y a un componente de asistencia técnica al desarrollo sanitario local que denominarse como "promoción de comunidades saludables" (ver gráfico N°7)

Sin embargo, es importante tomar en cuenta que existe un conjunto adicional de metas y actividades que requieren ser gestionadas pero que no van dirigidas a cubrir las necesidades y requerimientos de la población sino a fortalecer los servicios de salud. Dentro de este grupo se encuentran las iniciativas para mejorar la calidad de los servicios, las actividades de capacitación al personal de salud, la introducción de cambios en la organización y prestación de servicios (como resultados de las políticas de implementación del nuevo modelo de atención), la adquisición de nuevos equipos, las mejoras en la infraestructura, el mantenimiento preventivo de los equipos a cargo del personal de salud. A ello se agregan el conjunto de actividades realizadas como parte del funcionamiento de los sistemas de soporte gerencial. Todas ellas pueden ser comprendidas en lo que podría considerarse como el componente de "desarrollo institucional".

En función a lo anterior, un plan operativo anual (o programa de salud local en el caso del modelo de cogestión CLAS) con un abordaje integral de la gestión de salud debería abarcar metas correspondientes a la prestación de servicios, a la promoción de comunidades saludables y al desarrollo institucional. Una visión de cómo este plan operativo estaría organizado es presentado en la gráfica N°8.

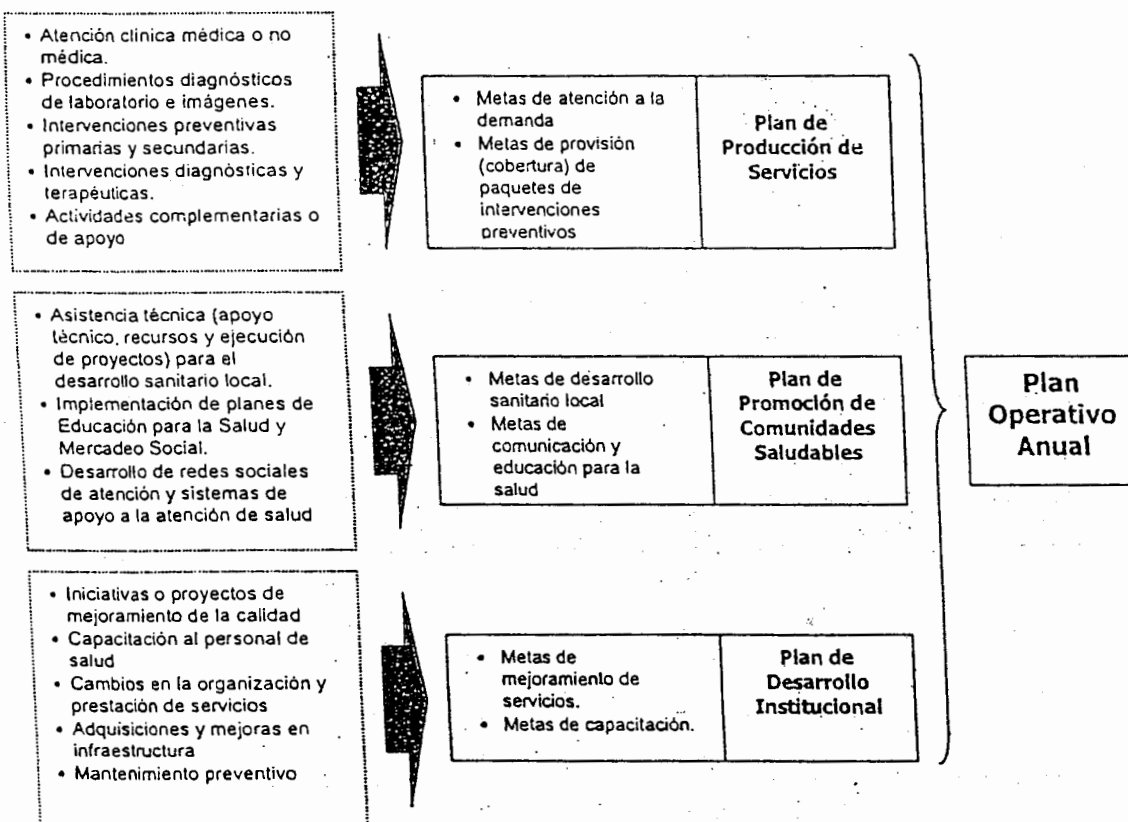
Gráfico N°7: Agrupación de las Diferentes Metas de la Gestión de la Atención de Salud



La integralidad de la gestión de la atención de salud puede explorarse en la forma como los diferentes grupos de metas y actividades están contenidos en el plan operativo anual. Las actividades que no cuentan con metas o estimaciones de recursos requeridos difícilmente tendrán una ejecución sujeta a monitoreo y evaluación.

Un involucramiento de una contraparte no estatal, sea ciudadana o institucional en la gestión de servicios implicaría que los roles de cogestión y de control social puedan darse de manera integral respecto al Plan Operativo Anual o Programa de Salud Local. Ello significa que, dependiendo del modelo de cogestión diseñado, los representantes comunales o de la sociedad participarían en las evaluaciones y en las decisiones sobre prioridades y políticas respecto a la producción de servicios, la promoción de comunidades saludables y el desarrollo mismo de los servicios así como en la elaboración de planes estratégicos y operativos como también brindando apoyo en las acciones de soporte administrativo.

Gráfico N° 8: Relación entre Actividades de de Salud, las Metas de Gestión y los Contenidos del Plan Operativo Anual



2.5.2 Los Momentos de Toma de Decisiones y de Manejo de Información en la Gestión

La cogestión, según se ha definido, comprendería tres funciones. La definición de prioridades o políticas, la primera de ellas, ha sido ampliamente desarrollada a través de diversas metodologías para realizar diagnósticos participativos. Los resultados de las mismas proporcionan insumos para la elaboración de los planes operativos. Sin embargo, resulta menos claro, la forma en que es posible la participación en la toma de decisiones.

Es de común aceptación que la de gestión de los planes operativos se define alrededor de un esquema cíclico de planeamiento-organización-control-evaluación. El diagrama de la gráfico N°7 representa un modelo de la gestión esperada para los planes operativos anuales o programas de salud local (nombre que recibe el plan anual en el modelo de cogestión CLAS). A partir del diagrama es posible identificar cuatro momentos críticos en la toma de decisiones sobre el uso de los recursos ya que se definen el qué y cómo debe hacerse en la atención de salud y en las condiciones para conseguirlas. Estos son:

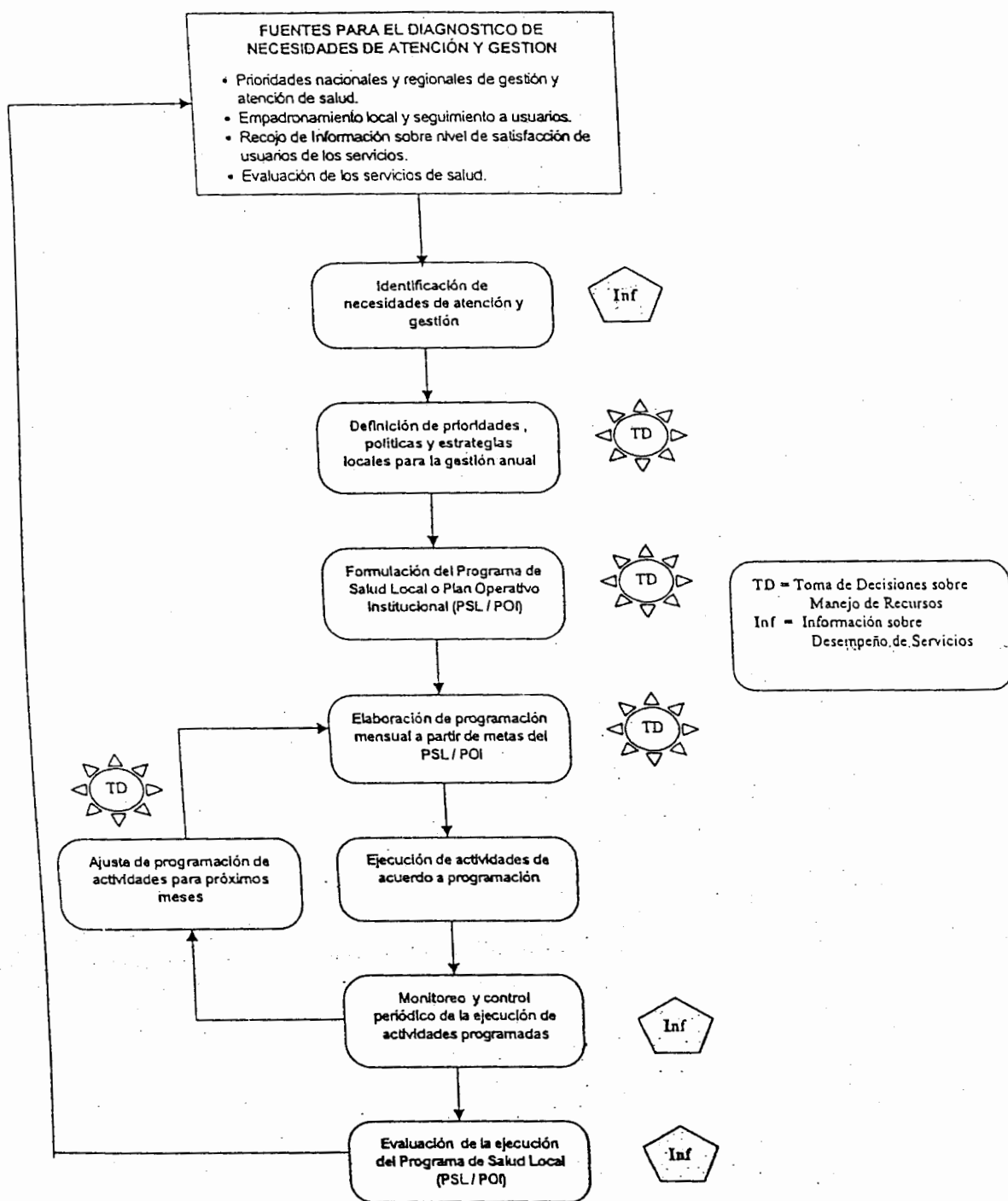
- a) La definición de prioridades, políticas y estrategias locales para la atención de las necesidades de atención y de gestión;
- b) La traducción de las prioridades, políticas y estrategias locales en términos de metas a ser cubiertas y actividades a ser ejecutadas (Formulación del Programa de Salud Local o Plan Operativo Institucional);
- c) La distribución y el gasto de los recursos humanos, materiales y económicos asignados (Elaboración de programación mensual a partir de metas del Programa de Salud Local o el Plan Operativo Institucional);
- d) La definición de los ajustes requeridos en las programaciones previamente elaboradas a fin de corregir deficiencias en el nivel de ejecución (Ajuste de programación de actividades para próximos meses).

Otras decisiones tomadas respecto al uso de los recursos pueden asumirse como secundarias al marco definido por las cuatro anteriores.

De manera correspondiente, a partir del mismo esquema pueden identificarse cuatro momentos de información que alimentan la toma de decisiones ya mencionadas:

- a) **Información sobre las necesidades de atención y de gestión.**— Esta información es necesaria para decidir respecto a las prioridades, las políticas y las estrategias locales para cubrir tales necesidades de atención y gestión. Esta información proviene de las indicaciones sobre prioridades nacionales y regionales de gestión y atención de salud que provienen del Nivel Central y de la Dirección Regional de Salud; de la información local obtenida por los censos o empadronamientos locales y recogida de los usuarios de los servicios o de otros miembros de la población y los informes de atención de salud y de evaluación del programa de salud local y otros difundidos desde los establecimientos de salud.

Gráfico N° 9: Momentos de Toma de Decisiones sobre Manejo de Recursos en el Proceso de Gestión



- b) *Información sobre los contenidos del Plan Operativo Anual*– Elaborado el Plan Operativo Anual, los detalles más importantes sobre su contenido: metas, actividades y asignación de los recursos a la ejecución de las mismas son requeridos para decidir sobre la desagregación de los mismos en términos más precisos para la ejecución inmediata. La aprobación de las programaciones operativas basadas en el plan operativo anual es quizás la decisión más importante a realizar con base en esta información.
- c) *Información sobre los avances en la ejecución del Plan Operativo Anual*– El monitoreo y el control periódico de la ejecución del Plan Operativo Anual requiere un informe específico sobre el grado de cumplimiento de la programación operativa aprobada. Dos decisiones críticas deben tomarse con esta información: el tipo de calificación que tendrá la gestión realizada hasta el momento (por ejemplo, satisfactoria, aceptable o insatisfactoria) y los ajustes que deben introducirse a la programación operativa inicialmente proyectada para asegurar el cumplimiento de las metas anuales y corregir las deficiencias identificadas en la ejecución.
- d) *Información sobre los alcances en la ejecución del Plan Operativo Anual*– Un informe final de la ejecución del Plan Operativo Anual es necesario a fin de emitir una calificación final de la gestión y decidir acerca de incentivos o reconocimientos a quienes, desde los servicios o colaborando con ellos, hicieron posible su cumplimiento.

2.5.3 Participación en la Toma de Decisiones durante el Ciclo de Gestión

El artículo 4to. de la Declaración de Alta Ata, menciona que “el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”. De manera complementaria, el artículo 7mo. de la misma Declaración menciona que la atención primaria “exige y fomenta en grado máximo la auto-responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de la salud.” El gran reto lo constituye la forma de incorporar el enfoque participativo a la gestión de servicios.

Con base en lo anteriormente expuesto, es posible identificar tres momentos en el manejo de información por una contraparte comunal o ciudadana, para una consiguiente toma de decisiones:

- a) La identificación de necesidades de atención y de gestión, en la cual se transmite información sobre problemas de salud y recursos disponibles para su atención.
- b) El monitoreo y control periódico de la ejecución de actividades programadas, en el cual se transmite información sobre el grado de avance en la ejecución de las actividades programadas y sobre avances o problemas respecto a la calidad de los servicios brindados a fin de decidir posteriormente ajustes al programa original.
- c) La evaluación final en la cual se transmite información sobre la consecución de las metas programadas para el año y en el cual se identifican problemas que deben ser parte de la gestión del siguiente periodo anual.

Un aspecto importante en la evaluación de un modelo de cogestión de servicios será la forma como está implementada la participación de las personas de la comunidad a la toma de decisiones.

Ello implicará que se encuentren disponibles:

- Las capacidades y los procedimientos existentes para asegurar la información requerida para la toma de decisiones respecto a los componentes del plan operativo.
- Los criterios y estándares con que se tomarán las decisiones.
- Las competencias de quienes conforman el espacio participativo para desenvolverse en la decisión compartida.

Finalmente, un último paquete de momentos de información y de toma de decisiones con respecto a algunos aspectos de los sistemas de soporte gerencial son presentados en la tabla N°10.

Tabla N° 10: Información y Toma de Decisiones Relacionadas a los Sistemas de Soporte Gerencial

Sistema de Soporte Gerencial	Aspectos a ser Informados	Decisiones a ser Tomadas
Sistema de Información	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiencias e inconsistencias en el manejo de la información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Qué información adicional sobre los servicios de salud debe ser transmitida a la población.
Sistema de Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Personal con el mejor desempeño 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivos o reconocimientos a ser otorgados.
Sistema Contable-Financiero	<ul style="list-style-type: none"> • Proveedores de bienes y de servicios al establecimiento de salud. 	
Sistema Abastecimiento		<ul style="list-style-type: none"> • Tarifas o tasas para la provisión de servicios no financiados por los seguros ni el Ministerio de Salud.
Sistema de Comunicación y Transporte		<ul style="list-style-type: none"> •

2.6 EVALUACION DE LOS ASPECTOS GERENCIALES DEL MODELO DE COGESTION

Los principios que sustentan el modelo de atención (Ministerio de Salud, 2000) pueden ser usados como criterios para calificar la gestión.

Tabla N° 11: Criterios para calificar idoneidad de la Gestión de la Atención de Salud

Area de Gestión	Criterio	Définition
Percibido por el usuario (se expresan en la prestación)	Universalidad	Implementación de medidas para incrementar la producción de servicios, reducir los problemas en el acceso geográfico en los servicios y procurar la máxima extensión de uso o cobertura en la atención de salud.
	Equidad	Aplicación de estrategias y medidas para identificar a los grupos más vulnerables, asignarles prioridad en la atención y reducir las restricciones económicas para alcanzar una atención completa. <ul style="list-style-type: none"> • Equidad horizontal. - Se manifiesta en términos de procurar la provisión de la atención básica más allá de las restricciones económicas del usuario • Equidad vertical. - Se manifiesta en términos de identificación y asignación de prioridad a los grupos más vulnerables
	Integralidad	Implementación de un grupo de mecanismos para asegurar la provisión completa de todas las intervenciones preventivas que le corresponden a un individuo. El abordaje de los problemas de salud incluye además la intervención sobre los determinantes de salud relevantes de acuerdo a las posibilidades a nivel local.
	Continuidad	Conjunto de medidas para evitar la interrupción del manejo de un daño. <ul style="list-style-type: none"> • Continuidad horizontal. - Se refiere a las medidas orientadas a recaptar a aquellos usuarios que dejan de acudir a los servicios para completar el manejo de un daño. • Continuidad vertical. - Se refiere a las medidas orientadas a garantizar la continuación del manejo del paciente que requiere ser referido a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.
	Calidad	La calidad se puede abordar a través del siguiente conjunto de criterios: <ul style="list-style-type: none"> • Calidez o trato al usuario. - Involucra la forma como el establecimiento propicia y mantiene un nivel de trato cálido al usuario. • Oportunidad de atención. - Involucra las estrategias para la captación precoz y la reducción de los tiempos de espera para acceder a la atención. • Información al Usuario. - Involucra la entrega al usuario de toda la información que le permita un manejo responsable de su problema de salud. • Consistencia Técnica de la atención. - En la cual se procura que las actividades e intervenciones se realicen de la manera y bajo las condiciones que establecen los estándares o normas reconocidas como óptimas para el ámbito nacional. Este concepto es fundamental para que los servicios puedan ser eficaces. • Adecuación cultural de la atención. - La atención se brinda de manera que sea socialmente aceptada, tomando en cuenta el idioma, el nivel educativo y los matices culturales del usuario.
Percibidos por la Organización	Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Eficiencia de la identificación del objetivo de la atención. - Considerando que existe una condición de restricción o limitación de recursos, las actividades de atención o intervención deben orientarse a aquellos grupos más vulnerables o situaciones de riesgo más críticas, de manera que el resultado conjunto del gasto de los recursos proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población. • Eficiencia en el gasto de los recursos. - Los mecanismos y procedimientos para asignar los recursos y para usarlos en la ejecución de actividades debe procurar el máximo rendimiento, la disminución de las repeticiones o duplicidades y el desperdicio o gasto innecesario de los mismos.
	Eficacia	Se refiere al grado de cumplimiento de las metas contenidas en el Plan Operativo aprobado.
	Domínio Territorial	Se refiere a la política, estrategias y procedimientos implementados para tomar conocimiento tanto de los eventos vitales y de salud que se presentan en el ámbito, como de la existencia de organizaciones locales e instituciones involucradas en la prestación de servicios de salud y otros vinculados al desarrollo social.
	Incremento del Capital	Eficiencia de la identificación del objetivo de la atención. - Considerando que existe una condición de restricción o limitación de recursos, las actividades de atención o intervención deben orientarse a aquellos grupos más vulnerables o situaciones de riesgo más críticas, de manera que el resultado conjunto del gasto de los recursos proporcione los mayores resultados en términos de mejora en la situación sanitaria de la población.
	Oportunidad de Sistemas de Soporte	Eficiencia de la identificación del objetivo de la atención. - Considerando que existe una condición de restricción o limitación de recursos, las actividades de atención o intervención deben orientarse a aquellos grupos más vulnerables o situaciones de

2.7 BIBLIOGRAFÍA

Brian Abel-Smith. *An Introduction to Health, Policy, Planning and Financing*. Pearson Education Ltd. Inglaterra. 1994. 237 Pp.

James, A.; F. Stoner, Freeman, Gilbert. *Administración*. Editorial Prentice Hall. 6ta. Edición.

Ministerio de Salud. *GUÍA II PARA LA ORGANIZACIÓN Y LA GESTIÓN DE LOS CLAS. Tratamiento Jurídico, Estatutos, Contratos y Programa de Salud Local*. Ministerio de Salud - Programa de Administración Compartida. Lima. 1ra. Edición. Noviembre de 1998. 177 Pp.

Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. *El Nuevo Modelo de Atención*. Lima, Perú. Julio 2000. 59 Pp.

Mintzberg, H. *The Nature of Managerial Work*. Harper & Row. Nueva York. 1973.

OMS. *De Alma Ata al Año 2000: Reflexiones a medio Camino*. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1991. 174 Pp.

Proyecto Salud y Nutrición Básica. *Modelo de Prestación de Servicios de PSNB para el Primer Nivel de Atención (Documento de Trabajo)*. Ministerio de Salud. Lima. 1999. 56 Pp

WHO Study Group on Improving the Performance of Health Centres in District Health Systems. *Improving the Performance of Health Centres in District Health Systems. Report of a WHO Study Group*. WHO Technical Report Series Nº 869. Ginebra, Suiza. 1997. 64 Pp.

WHO Study Group on Integration of Health Care Delivery. *Integration of Health Care Delivery. Report of a WHO Study Group*. WHO Technical Report Series Nº 861. Ginebra, Suiza. 1996. 68 Pp.